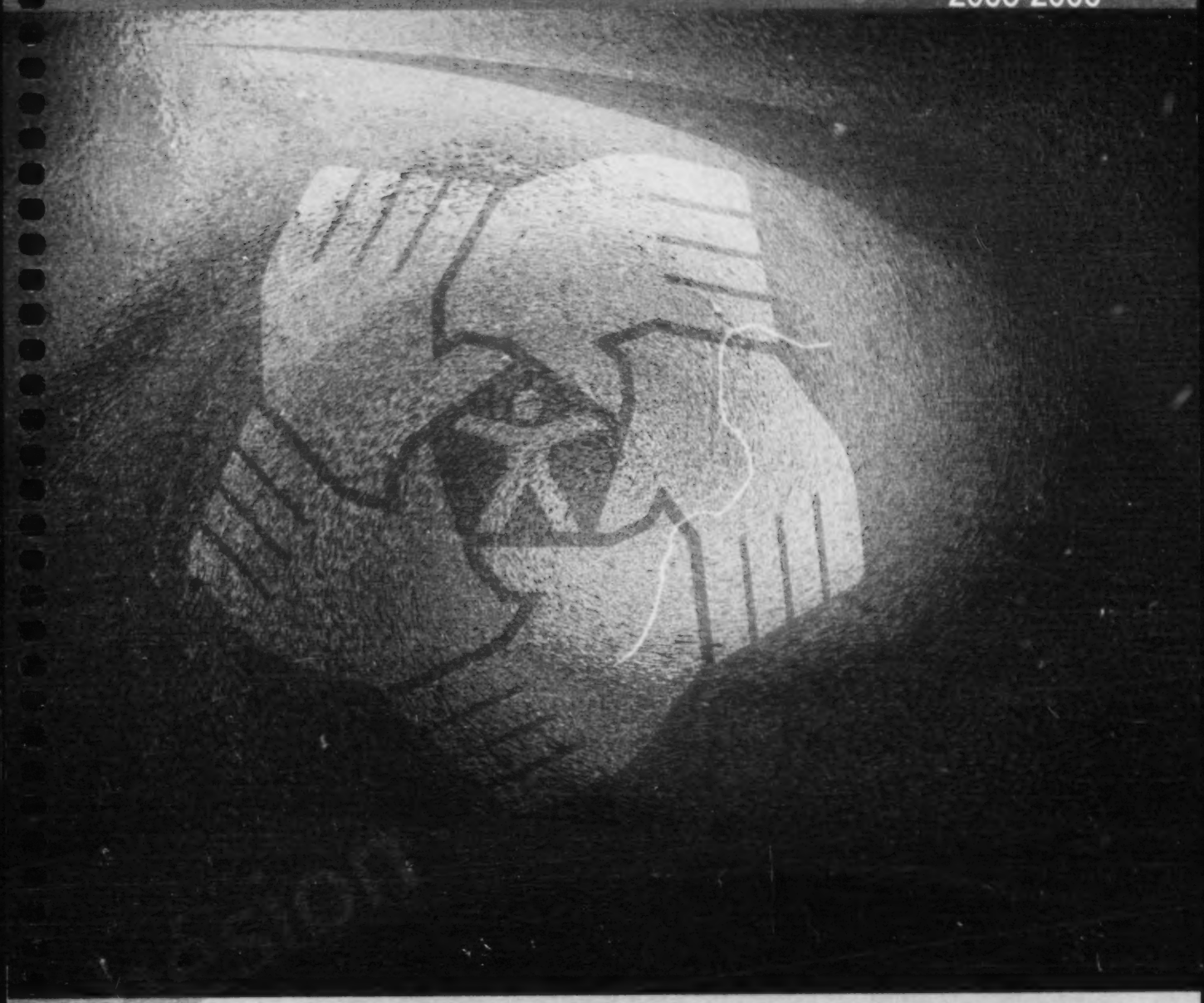
AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX
DE LA CAPITALE-NATIONALE

Rapport annuel de gestion

2005-2006



Québec

2008-00406/

RAPPORT ANNUEL DE GESTION
2005-2006

Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale

Adopté à la séance ordinaire du conseil d'administration
du 28 septembre 2006

Édition produite par :
Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale
Direction de la planification, de la gestion du changement et des ressources humaines

Ce document peut être reproduit sans restriction, en tout ou en partie, en autant que la source soit mentionnée.

Pour obtenir copie(s) de ce document, s'adresser au :
Centre de documentation
Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale
555, boulevard Wilfrid-Hamel Est
Québec (Québec) G1M 3X7

Téléphone : (418) 525-1500, poste 250
Courrier électronique : isabelle.lindsay@ssss.gouv.qc.ca

Le présent document peut être consulté à la section « Documentation » du site Internet de l'Agence à l'adresse : www.rrsss03.gouv.qc.ca

Dépôt légal
Bibliothèque et archives nationales du Québec, 2005
Bibliothèque nationale du Canada, 2005
Assemblée nationale, 2005

MESSAGE DU PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

ET DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'AGENCE

L'année 2005-2006 aura été, pour l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, une année marquée par la consolidation des réseaux locaux de services et l'amélioration globale de la performance du réseau de la santé et des services sociaux de la région.

La consolidation

Alors que l'année 2004-2005 avait été consacrée principalement à la mise en œuvre de la réforme proposée par le gouvernement du Québec, l'année financière qui s'est terminée au 31 mars 2006 aura permis de consolider les actions déjà entreprises. Ainsi, chaque territoire de centre de santé et de services sociaux (CSSS) détient maintenant son instance de partenariat et chaque CSSS s'est doté d'une politique de partenariat. Les travaux se poursuivent à l'égard des cibles prioritaires de travail pour les six projets cliniques de la région (Perte d'autonomie liée au vieillissement, Maladies pulmonaires obstructives chroniques, Jeunes en difficulté, Cancer, Santé mentale adulte et Services médicaux généraux). Plus de 400 personnes y ont travaillé, ce qui témoigne d'une importante mobilisation régionale.

Pour soutenir la mise en réseau et l'avancement des travaux sur les projets cliniques, la région a consenti des efforts en priorité, notamment en ce qui concerne le développement des compétences du personnel d'encadrement, la communication et l'informatisation. Sur ce dernier point, notons que les médecins pratiquant en groupe de médecine de famille sont en mesure de recevoir électroniquement les résultats des examens de laboratoire qu'ils ont prescrits.

Du point de vue de l'organisation des services, les travaux d'actualisation du Plan d'action régional de santé publique (2004-2007) se poursuivent selon l'échéancier prévu. Les travaux sur l'élaboration d'un Plan régional de lutte à la pandémie d'influenza sont dans leur phase finale et s'inspirent largement du Plan régional de sécurité civile sociosanitaire adopté le 2 novembre 2005 et du Plan national de lutte contre la pandémie d'influenza. L'année aura également permis d'élaborer le Plan d'action régional pour personnes âgées 2006-2011 sur la base des orientations ministérielles. Finalement, l'enjeu de la main-d'œuvre étant au cœur de l'activité du réseau, l'élaboration d'une stratégie régionale de main-d'œuvre fait l'objet d'une étroite collaboration entre les milieux de l'éducation et de la santé. Son dévoilement prévu pour l'automne 2006 permettra de dégager les actions qui favoriseront l'attraction et la rétention de la main-d'œuvre.

Parmi les faits marquants concernant les services médicaux spécialisés, notons l'ouverture du Centre d'ophtalmologie universitaire de Québec (phase I) à l'Hôpital du Saint-Sacrement en novembre 2005, et le début des travaux préparatoires d'immobilisations pour la phase II amorcés en janvier 2006. Les travaux de réorganisation des services de laboratoire pour notre région ont également été amorcés.

La performance

L'année 2005-2006 confirme la tendance observée au cours des dernières années à l'égard de l'amélioration continue de l'offre de service. Ainsi, dans plusieurs secteurs d'activité du réseau de la santé et des services sociaux, nous notons une réduction importante des délais d'attente. Pensons notamment aux services spécialisés en déficience intellectuelle, en déficience physique ou en jeunesse. Année après année, davantage de personnes sont jointes via le personnel qui oeuvre au sein de ces divers programmes.

Du point de vue de l'activité chirurgicale, nous remarquons aussi un accroissement global des volumes de chirurgies pratiquées dans l'ensemble de nos établissements hospitaliers, de même qu'une réduction constante du nombre de personnes en attente hors des délais médicalement acceptables. De plus, puisque l'accès demeure

l'enjeu principal auquel le réseau est confronté, l'Agence, en collaboration avec les établissements hospitaliers, a entrepris des travaux pour améliorer la connaissance sur l'état des listes d'attente et accroître les volumes de production par, notamment, une utilisation plus étendue, en termes d'heures, des salles au bloc opératoire. Des résultats sont attendus en 2006-2007 à ce sujet.

À la lecture de ce qui précède, nous remarquons qu'en 2005-2006, la région a su capitaliser soit sur la qualité des travaux amorcés, soit sur les gains réalisés antérieurement. Ainsi, forte de ces gains, l'Agence, appuyée par une solide gestion de projet et le développement continu d'outils de planification de plus en plus performants, se dit prête, en collaboration avec les établissements de la région et ses partenaires, à relever les défis qui attendent le réseau régional de santé et de services sociaux. Il ne faudra cependant pas sous-estimer les efforts que nous devrons tous consentir pour faire face à l'enjeu d'accès via, principalement, la problématique complexe des besoins de main-d'œuvre tant médicale, professionnelle que technique. Quant à l'enjeu de la continuité, le contexte de l'interdépendance des organisations et des professionnels qui y œuvrent commande un lâcher prise sur nos façons traditionnelles d'envisager la contribution de chacun dans la recherche de solutions. Ce sera alors notre volonté et notre capacité à vouloir consolider et à développer des liens de collaboration qui feront foi de tout.

Bonne lecture à tous,

Jean-Marie Bouchard
Président

Michel Fontaine
Président-directeur général

DÉCLARATION DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL

Les informations contenues dans le présent rapport annuel de gestion relèvent de ma responsabilité. Cette responsabilité porte sur la fiabilité des données contenues dans le rapport et des contrôles afférents.

Les résultats et les données du rapport annuel de gestion de l'exercice 2005-2006 de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale :

- décrivent fidèlement la mission, les mandats, les valeurs et les orientations stratégiques de l'Agence;
- présentent les cibles, les résultats attendus, les indicateurs et les résultats obtenus;
- présentent des données exactes et fiables.

Je déclare que les données contenues dans le présent rapport annuel de gestion ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait pour l'exercice terminé le 31 mars 2006.

Président-directeur général

TABLE DES MATIÈRES

Page

1 PRÉSENTATION DE L'AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA CAPITALE-NATIONALE

1.1 La mission 15
1.2 Le plan d'organisation 16
1.3 Le conseil d'administration 17
1.4 Le Forum de la population 17
1.5 Les établissements publics et privés conventionnés 18
1.6 Les établissements offrant des services suprarégionaux 18
1.7 Les établissements ayant une mission régionale 18
1.8 Les centres hospitaliers universitaires et les instituts 18
1.9 Les groupes de médecine de famille (GMF) 19
1.10 La Commission médicale régionale de Québec 19
1.11 Le Département régional de médecine générale 19
1.12 La Commission infirmière régionale de la Capitale-Nationale 20
1.13 La Commission multidisciplinaire régionale de la Capitale-Nationale 20
1.14 Le Comité régional pour les programmes d'accès à des services de santé et des services sociaux en langue anglaise de la Capitale-Nationale 20
1.15 Les effectifs 21
1.16 Politique relative au harcèlement psychologique au travail 21
1.17 Programme d'aide aux employés 22

2 ENTENTE DE GESTION ET ATTENTES ADMINISTRATIVES

2.1 Entente de gestion

2.1.1 Programme santé publique 25
2.1.2 Services généraux – Activités cliniques et d'aide 28
2.1.3 Perte d'autonomie liée au vieillissement 29
2.1.4 Déficience physique 30
2.1.5 Déficience intellectuelle 32
2.1.6 Trouble envahissant du développement 33
2.1.7 Jeunes en difficulté 35
2.1.8 Dépendances 36
2.1.9 Santé mentale 37
2.1.10 Santé physique 39
2.1.11 Administration et soutien aux services – Gestion des bâtiments et des équipements 43
2.1.12 Personnel du réseau et du Ministère 43
2.1.13 Amélioration de la qualité des services et de la satisfaction de la clientèle 44
2.1.14 Équilibre budgétaire du réseau de la santé et des services sociaux 45

2.2 Attentes administratives 2005-2006

2.2.1 Direction régionale de santé publique 46
2.2.2 Direction régionale des affaires médicales, universitaires et de la santé physique 54
2.2.3 Direction régionale de la coordination des réseaux locaux, des secteurs social et santé mentale (incluant les services médicaux généraux) 61
2.2.4 Direction régionale de la planification, de la gestion du changement et des ressources humaines 70

TABLE DES MATIÈRES (suite)

Page

3 AUTRES RÉSULTATS D'IMPORTANCE

3.1 Projet régional d'organisation de services intégrés, l'année de la consolidation 79
3.2 Suivi du Plan d'action régional de santé publique 2004-2007 79
3.3 Nouvel outil de suivi pour les maladies à déclaration obligatoire (MADO) 80
3.4 Bilan général du Programme d'évaluation et de coordination des admissions en longue durée (PECA) 80
3.5 Services préhospitaliers et mesures d'urgence 81
3.6 Sécurité civile sociosanitaire 82
3.7 Services à la clientèle 83
3.8 Stratégie régionale de main-d'œuvre 83
3.9 Centre universitaire d'ophtalmologie de Québec 84
3.10 Réorganisation des laboratoires 84
3.11 Chirurgie générale 85
3.12 Complémentarité des services médicaux spécialisés 86
3.13 Plan d'action régional pour personnes âgées 86
3.14 Technocentre régional 86

4 DONNÉES FINANCIÈRES

4.1 Données financières relatives aux établissements de la région et aux organismes communautaires subventionnés par l'Agence 91
4.1.1 Budget net de fonctionnement des établissements 91
4.1.2 Ressources financières - réseau 93
4.1.3 Subventions aux organismes communautaires 97
4.2 Rapport de la direction 99
4.3 Rapport du vérificateur général et états financiers de l'Agence 100
4.3.1 Rapport du vérificateur sur les états financiers condensés 100
4.3.2 Fonds d'exploitation - résultats 101
4.3.3 Fonds des activités régionalisées - résultats 102
4.3.4 Fonds combinés - solde de fonds 103
4.3.5 Fonds combinés - bilan 104
4.3.6 Fonds d'immobilisations - bilan 105
4.3.7 Fonds affectés cumulés - bilan 106
4.3.8 Fonds affectés cumulés - solde de fonds 107
4.3.9 Fonds affectés des immobilisations - Analyse de la provenance et de l'utilisation des fonds 108
4.3.10 Fonds affectés des équipements - Analyse de la provenance et de l'utilisation des fonds 109
4.3.11 Fonds affectés des services préhospitaliers d'urgence et transport d'usagers entre établissements - Analyse de la provenance et de l'utilisation des fonds 110
4.3.12 État d'allocation de l'enveloppe régionale des crédits 111
4.4 Notes aux états financiers 112

5 LE CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS, PARTENAIRES, GESTIONNAIRES ET EMPLOYÉS 121

TABLE DES MATIÈRES (suite)

Page

ANNEXES

Annexe 1 : Liste des membres du Forum de la population 129
Annexe 2 : Liste des membres de la Commission médicale régionale de Québec 130
Annexe 3 : Liste des membres du comité de direction du Département régional de médecine générale 131
Annexe 4 : Liste des membres de la Commission infirmière régionale de la Capitale-Nationale 132
Annexe 5 : Liste des membres de la Commission multidisciplinaire régionale de la Capitale-Nationale 134
Annexe 6 : Liste des membres du Comité régional pour les programmes d'accès à des services de santé et des services sociaux en langue anglaise de la Capitale-Nationale 135
Annexe 7 : Liste des groupes de médecine de famille 136
Annexe 8 : Services Info-Santé CLSC – Nombre d'appels traités sur l'ensemble du territoire 136
Annexe 9 : Plan d'effectifs médicaux en spécialités 137
Annexe 10 : Plan d'effectifs médicaux en omnipratique 138
Annexe 11 : Liste des services de premiers répondants de la région de la Capitale-Nationale 138
Annexe 12 : Prix d'excellence du réseau de la santé et des services sociaux - Édition 2005-2006 139
Annexe 13 : Transports ambulanciers effectués dans la région de la Capitale-Nationale 140
Annexe 14 : Programme de soutien aux organismes communautaires 141

LISTE DES ACRONYMES ET DES SIGLES

ADDSQM	:	Association pour la défense des droits sociaux du Québec métropolitain
AEO	:	Accueil, évaluation, orientation santé
AMP	:	Activités médicales particulières
APIA	:	Association des personnes intéressées à l'aphasie
AQ	:	Assurance qualité
AQEA	:	Association québécoise pour les enfants atteints d'audimutité
AQEPA	:	Association du Québec pour enfants avec problèmes auditifs
AQETA	:	Association québécoise pour les troubles d'apprentissage
CAI	:	Commission d'accès à l'information
CAIS	:	Couche d'accès information santé
CAT	:	Centre d'abandon du tabagisme
CCSC	:	Centre de communication santé des Capitales
CDD	:	Centre de dépistage désigné
CESP	:	Comité d'éthique de santé publique
CGGAI	:	Cadre global de gestion des actifs informationnels
CH	:	Centre hospitalier
CHA	:	Centre hospitalier *affilié* universitaire de Québec
CHPSY	:	Centre hospitalier de soins psychiatriques
CHRG	:	Centre hospitalier Robert-Giffard
CHSGS	:	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CHSLD	:	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CHUL	:	Centre hospitalier de l'Université Laval
CHUQ	:	Centre hospitalier universitaire de Québec
CIR	:	Commission infirmière régionale
CJQ	:	Centre jeunesse de Québec
CLSC	:	Centre local de services communautaires
CMR	:	Commission médicale régionale
CMuR	:	Commission multidisciplinaire régionale
CPE	:	Centre de la petite enfance
CPS	:	Centre de prévention du suicide de Québec
CR	:	Centre de readaptation
CRAQ	:	Comité régional d'assurance qualité
CRDIQ	:	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle de Québec
CRID	:	Centre de référence pour investigation désigné
CRSP	:	Comité régional sur les services pharmaceutiques
CRUV	:	Centre de réadaptation Ubald-Villeneuve
CSSS	:	Centres de santé et de services sociaux
CSST	:	Commission de la santé et de la sécurité au travail
CTAQ	:	Coopérative des techniciens ambulanciers du Québec
CUOQ	:	Centre universitaire d'ophtalmologie de Québec
DDPP	:	Direction du développement de la pratique professionnelle
DEA	:	Défibrillateur externe automatisé
DI	:	Déficience intellectuelle
DP	:	Déficience physique
DRMG	:	Département régional de médecine générale
DRRC	:	Dépôt régional de résultats cliniques
DRSP	:	Direction régionale de santé publique
DSEIQ	:	Dossier santé électronique interopérationnel du Québec
DSIE	:	Demande de services interétablissement
EIJ	:	Équipe d'intervention jeunesse

LISTE DES ACRONYMES ET DES SIGLES (suite)

ETG	:	Échelle de triage et de gravité
ETP	:	Équivalent temps plein
GMF	:	Groupe de médecine de famille
GRAPE	:	Groupe de recherche en animation et planification économique
ICI	:	Intervention comportementale intensive
IgIV	:	Immunoglobulines intraveineuses
IPM	:	Index patient maître
IRDPQ	:	Institut de réadaptation en déficience physique de Québec
IRIS-RUQ	:	Infostructure de recherche intégrée en santé - réseau universitaire de Québec
ITIL	:	Information technology infrastructure library
ITSS	:	Infections transmissibles sexuellement et par le sang
LPJ	:	Loi de la protection de la jeunesse
LSJPA	:	Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents
MARCHE	:	Mobilisation auprès des aînés pour réduire les chutes dans l'environnement domiciliaire
MDSA	:	Moniteur défibrillateur semi-automatique
MOXXI	:	Medical ordonnancy XXI
MPOC	:	Maladies pulmonaires obstructives chroniques
MRC	:	Municipalité régionale de comté
MTS	:	Maladie transmissible sexuellement
ORIIQ	:	Ordre régional des infirmières et infirmiers du Québec
ORL	:	Oto-rhino-laryngologie
PACS	:	Système d'archivage numérique
PACTE	:	Projet d'action concertée sur les territoires La Source et Orléans
PAE	:	Programme d'aide aux employés
PAJT	:	Programme accès jeunesse en toxicomanie
PALV	:	Perte d'autonomie liée au vieillissement
PAMTA	:	Programme d'administration des médicaments des techniciens ambulanciers
PCFI	:	Plan de conservation et de fonctionnalité immobilière
PCs	:	Plan commun de surveillance
PECA	:	Programme d'évaluation et de coordination des admissions
PECH	:	Programme d'encadrement clinique et d'hébergement
PIED	:	Programme intégré d'équilibre dynamique
PMPI	:	Plan ministériel de lutte contre la pandémie d'influenza
PQDCS	:	Programme québécois de dépistage du cancer du sein
PRASAT	:	Progiciel d'assurance-salaire et d'accident du travail
PREM	:	Plan régional d'effectifs médicaux
PRéSCiS	:	Plan régional de sécurité civile sociosanitaire
PROSI	:	Projet régional d'organisation des services intégrés
PRS	:	Plan régional de surveillance
PTG	:	Prothèse totale du genou
PTH	:	Prothèse totale de la hanche
PUFTI	:	Politique d'utilisation du français dans les technologies de l'information
RAM	:	Réseau d'accessibilité médicale
RAMQ	:	Régie de l'assurance maladie du Québec
RAP	:	Regroupement action prévention
RLS	:	Réseaux locaux de services
RREGOP	:	Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics
RRF	:	Régime de retraite des fonctionnaires
RRPE	:	Régime de retraite du personnel d'encadrement

LISTE DES ACRONYMES ET DES SIGLES (suite)

RSIPA	:	Réseau de services intégrés pour personnes âgées
RTC	:	Réseau de transport de la Capitale
RUIS-UL	:	Réseau universitaire intégré en santé de l'Université Laval
SAAI	:	Service d'aide à l'adaptation des immigrants et immigrantes
SAAQ	:	Société d'assurance automobile du Québec
SAD	:	Soutien à domicile
SAGeS	:	Système automatisé de gestion de la sécurité
SAIRAH	:	Service d'autonomisation, d'intégration et de réadaptation aux adultes ayant un handicap
SBFR	:	Système budgétaire et financier régionalisé
SCAS	:	Service centralisé d'additifs au soluté
SDA	:	Supervision des droits d'acces
SGAS	:	Système informatisé de l'accès aux services
SIDA	:	Syndrome d'immunodéficience acquise
SIDEP	:	Service intégré de dépistage et de prévention
SIGDU	:	Système d'information de gestion des urgences
SIIATH	:	Système d'information intégré sur les activités transfusionnelles et d'hémovigilance
SILAR	:	Service intégré de liaison, d'accompagnement et de relance
SIPPE	:	Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance
SISPUQ	:	Système d'information sur les services préhospitaliers d'urgence du Québec
SIU	:	Système d'information sur l'usager
SIURGE	:	Système d'information de gestion des départements d'urgence
TCC	:	Traumatisé cranio-cérébral
TCR	:	Technocentre régional
TED	:	Trouble envahissant du développement
TEP	:	Tomographie par émission de positrons
TRAIC	:	Trame d'actions et d'initiatives concertées
TRMS	:	Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée
UMF	:	Unités de médecine familiale
USLD	:	Unités de soins de longue durée
VHC	:	Virus de l'hépatite C
VIH	:	Virus d'immunodéficience humaine

1

PRÉSENTATION DE L'AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA CAPITALE-NATIONALE

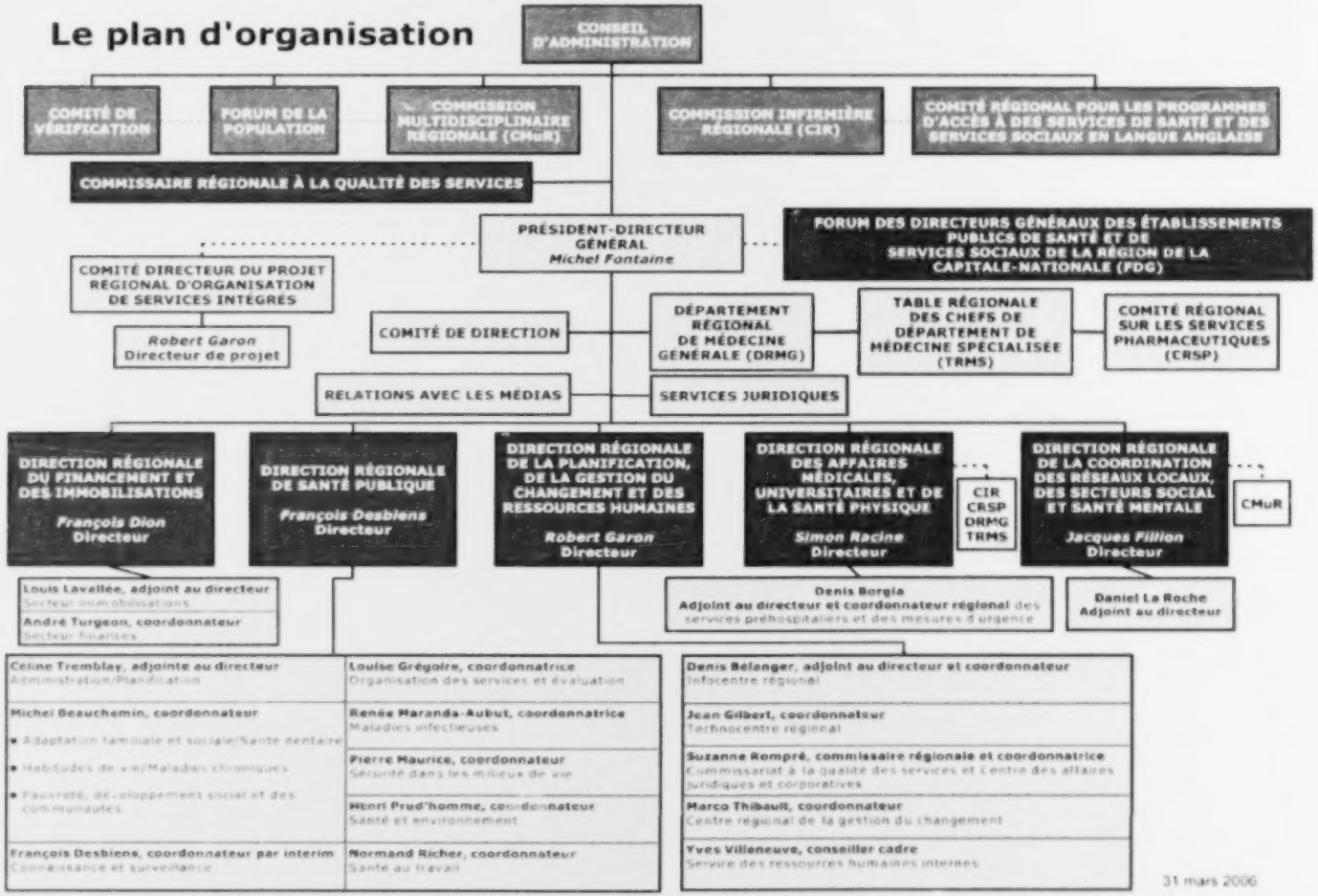
1.1 LA MISSION

L'Agence a pour mission d'exercer les fonctions nécessaires à la coordination de la mise en place des services de santé et des services sociaux de sa région, particulièrement en matière de financement, de ressources humaines et de services spécialisés. Ainsi, tout en évaluant la performance en ces matières, l'Agence doit notamment assurer la participation de la population à la gestion du réseau public de services de santé et de services sociaux et s'assurer du respect des droits des usagers. Elle doit également s'assurer d'une prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux aux usagers, faciliter le développement et la gestion des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de sa région et élaborer le plan stratégique pluriannuel et en assurer le suivi.

L'Agence a, de plus, comme mission d'assurer la mise en place de mesures visant la protection de la santé publique et la protection sociale des individus, des familles et des groupes et d'exercer les responsabilités qui lui sont confiées par la *Loi sur les services préhospitaliers d'urgence* [L.R.Q., c.S-6.2].

Finalement, l'Agence couvre un territoire d'une superficie de 18 639 kilomètres carrés, soit la grande région de la Capitale-Nationale incluant les territoires de Charlevoix et de Portneuf, qui comprend 69 municipalités et 667 876 personnes. L'Agence dessert également tout l'est de la province pour les soins et les services hospitaliers surspécialisés, ce qui a pour effet d'accroître son bassin de desserte à 900 000 personnes. Elle doit donc coordonner les services de sa région avec ceux offerts dans les régions de l'Est.

1.2 LE PLAN D'ORGANISATION



1.3 LE CONSEIL D'ADMINISTRATION

MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Beaudoin, Caroline	Commission infirmière régionale de la Capitale-Nationale Saint-Augustin-de-Desmaures (Québec)
Bergevin, Ginette (vice-présidente)	Milieu communautaire Beauport (Québec)
Blouin, Yves	Membre coopté - Secteur public de l'enseignement Québec (Québec)
Bouchard, Jean-Marie (président)	Compétence en gestion Saint-Augustin-de-Desmaures (Québec)
Cain, Nancy	Commission multidisciplinaire régionale de la Capitale-Nationale Lac-Beauport (Québec)
Caron, Sylvain	Comité des usagers des établissements Loretteville (Québec)
Desrosiers, Guy	Organismes socio-économiques Beaupré (Québec)
Filteau, André	Organismes socio-économiques Cap-Santé (Portneuf)
Fontaine, Michel (secrétaire)	Président-directeur général de l'Agence Sainte-Foy (Québec)
Harvey, Diane	Compétence en gestion - CSSS ou CHSLD Baie-Saint-Paul (Charlevoix)
Michaud, Réal	Membre coopté - Compétence en gestion Beauport (Québec)
Parent, Jean-François	Secteur public de l'enseignement Québec (Québec)
Piché, Christiane	Université Laval Neuville (Portneuf)
Savard, Sylvie	Milieu syndical Saint-Nicolas (Rive Sud)
Walling, Helen	Membre coopté - Comité des usagers des établissements Saint-Augustin-de-Desmaures (Québec)
Vacant	Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée de la Capitale-Nationale
Vacant	Comité régional sur les services pharmaceutiques
Vacant	Département régional de médecine générale

Nos remerciements aux membres sortants du conseil d'administration qui ont siégé jusqu'en décembre 2005.

Il s'agit de :

Bergevin, Ginette
Bouchard, Jean-Marie
Dolbec, Chantal
Dubuc, Conrad
Filteau, André
Fontaine, Michel
Fortier, Brigitte
Harvey, Diane
Lambert, Marjolaine
Martell, Ann
Piché, Christiane
Roy, Gérard
Sheehan, Joan

1.4 LE FORUM DE LA POPULATION[1]

Aucune rencontre n'a eu lieu cette année.

[1] La liste des membres du Forum de la population est présentée à l'annexe 1.

1.5 LES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS ET PRIVÉS CONVENTIONNÉS

Mission	Nombre	Total
Établissements publics		14
- Centres de santé et de services sociaux	4	
- Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse et Centre de réadaptation pour jeunes et mères en difficulté d'adaptation	1	
- Centres de réadaptation	3	
- Centres d'hébergement et de soins de longue durée	2	
- Centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés	3	
- Centre hospitalier de soins psychiatriques	1	
Établissements privés conventionnés		10

1.6 LES ÉTABLISSEMENTS OFFRANT DES SERVICES SUPRARÉGIONAUX

- Centre hospitalier universitaire de Québec
- Centre hospitalier *affilié* universitaire de Québec
- Centre hospitalier Robert-Giffard
- Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale - Centre antipoison
- Hôpital Laval
- Institut de réadaptation en déficience physique de Québec

1.7 LES ÉTABLISSEMENTS AYANT UNE MISSION RÉGIONALE

- Centre de réadaptation Ubald-Villeneuve
- Centre de réadaptation en déficience intellectuelle de Québec
- Centre jeunesse de Québec - Institut social dans le secteur des jeunes ayant des problèmes de comportement
- Saint Brigid's Home inc.[2]

1.8 LES CENTRES HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES ET LES INSTITUTS

- Hôpital Laval - Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie
- Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ) : Centre hospitalier de l'Université Laval, Hôpital Saint-François d'Assise et L'Hôtel-Dieu de Québec
- Centre hospitalier *affilié* universitaire de Québec (CHA) : Hôpital de l'Enfant-Jésus et Hôpital du Saint-Sacrement
- Le Centre jeunesse de Québec - Institut social dans le secteur des jeunes ayant des problèmes de comportement
- Institut de réadaptation en déficience physique de Québec (IRDPQ) - Institut social dans le secteur de l'intégration des personnes handicapées
- Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale - Centre *affilié* universitaire désigné en 1999 pour l'installation CLSC Haute-Ville-des-Rivières uniquement

[2] Établissement ayant une désignation pour la population de langue anglaise.

1.9 LES GROUPES DE MÉDECINE DE FAMILLE[3]

Treize groupes de médecine de famille (GMF) sont fonctionnels dans la région de la Capitale-Nationale. Au 31 mars 2006, le nombre de personnes inscrites s'élevait à 109 044 comparativement à 33 000 l'année précédente. Les GMF sont situés sur trois territoires et 164 médecins y pratiquent.

1.10 LA COMMISSION MÉDICALE RÉGIONALE DE QUÉBEC[4]

Au cours de l'année 2005-2006, la Commission médicale régionale (CMR) s'est réunie à deux reprises. Cette commission, dont le rôle était de donner des avis eu égard à l'organisation des services médicaux dans la région de la Capitale-Nationale au conseil d'administration de l'Agence, était formée de médecins spécialistes et omnipraticiens de la Capitale-Nationale ainsi que du directeur de la santé publique et du président-directeur général de l'Agence. Elle était appuyée dans ses nombreux rôles par le directeur régional des affaires médicales, universitaires et de la santé physique ainsi que par un médecin-conseil. Durant l'année, les sujets suivants ont fait l'objet de recommandations au conseil d'administration de l'Agence ou de travaux encore en cours :

- l'adoption du Plan régional des effectifs médicaux 2006 en spécialités[5] et en omnipratique ainsi que ses règles de gestion;
- le plan de mise en œuvre du Projet régional d'organisation de services intégrés et l'implantation des réseaux locaux;
- le Centre universitaire de l'œil;
- l'organisation régionale des services spécialisés en chirurgie plastique et en chirurgie générale;
- la consolidation des services de biologie médicale;
- le dossier de la tomographie par émission de positrons (T.E.P.).

Il est à noter que la CMR a été abolie en janvier 2006 et qu'elle a été remplacée par la Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée de la Capitale-Nationale, en vertu des dispositions de la Loi 32 (P.L. 83).

1.11 LE DÉPARTEMENT RÉGIONAL DE MÉDECINE GÉNÉRALE[6]

Le Département régional de médecine générale (DRMG) regroupe l'ensemble des médecins omnipraticiens de la région de la Capitale-Nationale. Il est actif par l'entremise de son comité de direction, formé de douze médecins et du président-directeur général de l'Agence qui est secondé dans cette fonction par le directeur régional des affaires médicales, universitaires et de la santé physique, ainsi que par un médecin-conseil.

Au cours de l'année 2005-2006, le DRMG s'est réuni à dix reprises pour prendre position, assurer la poursuite des travaux en cours et émettre des recommandations formelles au président-directeur général de l'Agence dans les dossiers suivants :

- Plan régional des effectifs médicaux (PREM) 2006 en omnipratique[7];
- organisation des services médicaux de première ligne dans le territoire de la Capitale-Nationale et participation, par l'entremise de ses tables territoriales, aux travaux des centres de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale et de Québec-Nord pour la réorganisation du réseau d'accessibilité médicale (RAM);

[3] La liste des GMF est présentée à l'annexe 7.
[4] La liste des membres de la CMR de Québec est présentée à l'annexe 2.
[5] Le PREM en spécialités est présenté à l'annexe 9.
[6] La liste des membres du comité de direction du DRMG est présentée à l'annexe 3.
[7] Le PREM en omnipratique est présenté à l'annexe 10.

- réévaluation et attribution des forfaits pour la garde en disponibilité;
- réévaluation des activités médicales particulières (AMP) prioritaires de la région de la Capitale-Nationale;
- intensification des travaux du sous-comité AMP-PREM, incluant une attention particulière à la résolution des problèmes liés à la pénurie d'effectifs médicaux dans les territoires de Portneuf et de Charlevoix, en collaboration avec l'Agence;
- mise en place d'un sous-comité de travail sur la situation des effectifs médicaux de Portneuf.

1.12 LA COMMISSION INFIRMIÈRE RÉGIONALE DE LA CAPITALE-NATIONALE[8]

La Commission infirmière régionale (CIR) a tenu six rencontres au cours de l'année ainsi que son assemblée de désignation des membres. Elle a donné un avis sur l'accès aux services d'évaluation en psychiatrie et a suivi l'évolution et le déploiement des nouveaux rôles et des nouvelles responsabilités de la profession infirmière en fonction des nouvelles lois.

1.13 LA COMMISSION MULTIDISCIPLINAIRE RÉGIONALE DE LA CAPITALE-NATIONALE[9]

La Commission multidisciplinaire régionale (CMuR), par l'intermédiaire de sa présidente, a participé au comité directeur du Projet régional d'organisation de services intégrés. Les membres de la CMuR ont participé à différents comités de travail en lien avec la mise en œuvre du Projet régional d'organisation de services intégrés. Le 13 décembre 2005 se tenait une assemblée afin de désigner les nouveaux membres de la CMuR pour un mandat de quatre ans.

1.14 LE COMITÉ RÉGIONAL POUR LES PROGRAMMES D'ACCÈS À DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX EN LANGUE ANGLAISE DE LA CAPITALE NATIONALE [10]

Le 22 juin 2005, l'Agence adopte le nouveau règlement sur le Comité régional pour les programmes d'accès à des services de santé et des services sociaux en langue anglaise de la Capitale-Nationale. En décembre 2005, elle procède à une consultation auprès des établissements et des organisations visés par le nouveau règlement en vue d'adopter les mises en nomination soumises pour former le comité pour le mandat 2005-2008. Enfin, le 13 mars 2006, le comité procède à l'élection aux trois postes de direction du comité. Perspectives 2006-2007 : donner son avis sur le programme régional d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise pour les personnes d'expression anglaise.

[8] La liste des membres de la CIR de la Capitale-Nationale est présentée à l'annexe 4.
[9] La liste des membres de la CMuR de la Capitale-Nationale est présentée à l'annexe 5.
[10] La liste des membres du Comité régional pour les programmes d'accès à des services de santé et des services sociaux en langue anglaise de la Capitale-Nationale est présentée à l'annexe 6.

1.15 LES EFFECTIFS

COMPILATION SELON LES CATÉGORIES D'EMPLOI

	Exercice en cours	Exercice antérieur
Catégories d'emploi		
Cadres	20	15
Professionnels et professionnelles	94	65
Techniciens et techniciennes	46	47
Personnel de bureau et de soutien	48	33
Infirmiers et infirmières	3	2
Sous-total	211	162
Médecins	2	2
Personnel temporaire et prêts de service	62[1]	18
Nombre total d'employés	275	182

1.16 POLITIQUE RELATIVE AU HARCÈLEMENT PSYCHOLOGIQUE AU TRAVAIL

Aucune plainte de harcèlement psychologique n'a été déposée en cours d'année 2005-2006 en application de cette politique adoptée le 11 novembre 2004.

[1] 42 **professionnels et professionnelles**, dont :
14 qui ont un statut temps complet temporaire;
28 qui ont un statut temps partiel temporaire;

7 **techniciens et techniciennes**
1 qui a un statut temps complet temporaire;
6 qui ont un statut temps partiel temporaire;

1 **employée de bureau et de soutien**
qui a un statut temps partiel temporaire;

4 **infirmières**
qui ont un statut temps partiel temporaire;

8 **prêts de service externes.**

Note : Il faut noter qu'en date du 4 avril 2005, il y a eu un transfert des effectifs de la Direction régionale de santé publique vers l'Agence, ce qui a contribué à l'ajout de 119 personnes.

1.17 PROGRAMME D'AIDE AUX EMPLOYÉS

Au cours de l'année 2005-2006, l'Agence a poursuivi son contrat avec l'entreprise Programme Horizon inc., consultants en ressources psychologiques des personnes et des organisations. En vue d'assurer les services professionnels dans le cadre du Programme d'aide aux employés (PAE), l'Agence a confié à cette entreprise le mandat d'accueillir, d'évaluer, de prendre en charge ou d'orienter ses employés qui éprouvent des problèmes requérant des services professionnels.

Dans le cadre de ce programme, 31 employés ont consulté entre le 1er avril 2005 et le 31 mars 2006. Sur l'effectif total de l'Agence, ce nombre représente un taux d'utilisation des services de 12 % qui indique une constance par rapport à l'année 2004-2005.

Les motifs des demandes se rapportent surtout à des aspects de la vie personnelle des employés (71 %) plutôt qu'à des aspects reliés au travail (29 %).

2

ENTENTE DE GESTION ET ATTENTES ADMINISTRATIVES

2.1 ENTENTE DE GESTION

L'entente de gestion et d'imputabilité doit permettre d'apprécier l'évolution globale du réseau de production de services et servir de levier pour imprimer une direction d'ensemble et influencer la mise en œuvre de la planification stratégique et des grandes orientations ministérielles. Ses paramètres sont inscrits dans la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*[12].

Depuis le début du processus des ententes de gestion et d'imputabilité, l'Agence et les établissements se sont engagés dans l'amélioration continue de la qualité des informations, condition essentielle à la crédibilité et à la qualité du processus. Ce faisant, l'information que vous trouverez à la lecture des prochaines pages est constituée des données les plus fiables, eu égard à la qualité des systèmes d'information dont nous disposons à l'heure actuelle et compte tenu de l'état d'évolution des indicateurs ministériels et de leur compréhension commune par tous les partenaires. De plus, les indicateurs ministériels ne couvrant pas tous les secteurs d'activité ni tous les dispensateurs de services du réseau de la santé et des services sociaux, le portrait présenté ne permet pas de porter un jugement définitif sur l'état des services.

2.1.1 PROGRAMME SANTÉ PUBLIQUE

OBJECTIF **2005-2010**	Améliorer l'accès aux services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant dans un contexte de vulnérabilité en s'assurant de rejoindre 75 % des femmes enceintes et des mères âgées de 20 ans et plus, sous-scolarisées et vivant sous le seuil de la pauvreté.

Indicateurs	***Résultats 2004-2005***	***Cibles 2005-2006***	***Résultats 2005-2006***
Proportion de femmes âgées de 20 ans ou plus, sous-scolarisées et vivant sous le seuil de faible revenu, ayant accouché dans l'année, jointes par les Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance – Volet soutien aux familles qui vivent dans l'extrême pauvreté	n/d	60 %	41,2 %

Les Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance – Volet soutien aux familles qui vivent dans l'extrême pauvreté visent à diminuer la transmission intergénérationnelle des problèmes de santé et sociaux, dont l'abus et la négligence. Ils visent aussi à maximiser le potentiel de santé et de bien-être des mères, des pères, des bébés à naître et des enfants de 0-5 ans vivant en situation de vulnérabilité. Ces services sont donnés par les Centres de santé et de services sociaux (CSSS, anciennement CLSC).

La proportion de femmes jointes par ces services par rapport à l'ensemble des femmes visées est de 41,2 % (122 mères). La cible de 60 % n'a pas été atteinte. La qualité des données s'étant améliorée cette année grâce à l'informatisation de l'outil de collecte (fiche de périnatalité), un dénombrement plus resserré des cas admissibles explique la non-atteinte de la cible prévue.

[12] En résumé, la loi prévoit que le ministre détermine les objectifs que l'Agence doit atteindre; il surveille et contrôle l'atteinte des objectifs; l'Agence s'engage à produire un rapport annuel de gestion sur l'atteinte des résultats; le PDG de l'Agence veille à l'atteinte des objectifs annuels ainsi que le conseil d'administration de l'Agence, qui a un pouvoir de surveillance et de contrôle; les mêmes responsabilités et devoirs de l'Agence vis-à-vis les établissements et des établissements vis-à-vis l'Agence s'appliquent; ces engagements et d'autres doivent être inscrits dans une entente de gestion.

Un regard plus global posé sur les services de périnatalité nous permet d'observer que plus de 940 mères en situation de vulnérabilité ont été jointes dans la région et qu'elles ont reçu plus de 14 000 interventions, pour une moyenne de 15 interventions par mère.

OBJECTIF **2005-2010**	Poursuivre la mise en œuvre du Plan québécois de lutte contre le tabagisme.

Indicateurs	***Résultats 2004-2005***	***Cibles 2005-2006***	***Résultats 2005-2006***
Nombre de fumeurs qui ont reçu des services de cessation dans des centres d'abandon du tabagisme	956	1 052	537

Un nombre de 537 fumeurs ont été joints par l'entremise d'interventions individuelles et de groupe, et par des services de cessation tabagique dans les centres d'abandon du tabagisme (CAT) des centres de santé et de services sociaux (CSSS). À ce nombre s'ajoutent 173 fumeurs de plus joints par la Clinique d'aide aux fumeurs de l'Hôpital Laval, pour un grand total de 710 fumeurs. L'engagement de 1 052 fumeurs n'a pas été atteint. Ce résultat n'est pas attribuable à une baisse des fumeurs joints, mais plutôt à l'inclusion, dans la cible initiale, de cas non admissibles par rapport à l'indicateur.

Les fumeurs joints par des interventions de cessation tabagique dans les établissements publics sont beaucoup plus nombreux que ne l'indique le nombre rapporté ci-dessus. En plus des CAT, si nous considérons les fumeurs joints par l'entremise d'autres programmes et services des CSSS (Accueil, évaluation, orientation santé (AEO), cliniques des jeunes, résidents dans les Unités de médecine familiale (UMF), infirmière Traité santé, etc.), le nombre de fumeurs joints est plus important que le résultat observé en fonction de l'indicateur.

OBJECTIF **2005-2010**	Consolider le Programme québécois de dépistage du cancer du sein.

Indicateurs	***Résultats 2004-2005***	***Cibles 2005-2006***	***Résultats 2005-2006***
Taux de participation au Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS)	59,4 %	57,1 %	58,7 %
Taux de détection initial du cancer du sein	6,90/1 000	7/1 000	7,3/1 000
Taux de détection subséquent du cancer du sein	5,90/1 000	5,3/1 000	6,3/1 000
Taux de référence initial pour investigation	14,90 %	14 %	15,6 %
Taux de référence subséquent pour investigation	7,30 %	7,1 %	6,8 %

Le taux de participation des femmes au PQDCS s'élève à 58,7 % représentant 50 533 femmes âgées de 50 à 69 ans ayant passé une mammographie de dépistage au cours d'une période de 24 mois dans la région. Ce résultat indique une augmentation en regard de l'engagement prévu de 57,1 %. Même si la cible fixée a été atteinte, des efforts soutenus sont toujours déployés pour augmenter la participation des femmes.

Le taux de détection initial du cancer du sein, qui correspond au nombre de participantes pour lesquelles un diagnostic de cancer du sein a été établi suivant une première mammographie de dépistage s'étant révélée anormale, était de 7,3 pour 1 000 femmes. La cible prévue de 7 pour 1 000 a été dépassée. Le taux de détection subséquent, qui réfère au nombre de participantes pour lesquelles un diagnostic a été établi mais à la suite d'une seconde mammographie et plus, s'élevait à 6,3 pour 1 000 femmes, un résultat qui dépasse l'engagement prévu de 5,3 pour 1 000.

Le taux de référence pour investigation à la mammographie initiale correspond au pourcentage de femmes ayant une mammographie anormale et qui requièrent des examens complémentaires d'investigation. Cet indicateur renvoie à l'activité professionnelle des médecins radiologistes dont la qualité de l'acte doit contribuer à diminuer l'identification de résultats erronés (faux positifs). Le résultat régional attendu devant diminuer, le taux de 15,6 % cette année constitue un résultat défavorable par rapport à l'engagement prévu de 14 %. Avec un résultat de 6,8 %, le taux de référence pour investigation à la mammographie subséquente (après une deuxième mammographie et plus) présente une amélioration, puisqu'il est inférieur à l'engagement maximal prévu de 7,1 %.

Les taux de référence pour investigation font partie des indicateurs de performance du dépistage et reflètent la pratique des radiologistes. Ces résultats sont discutés au Comité régional d'assurance de la qualité, qui regroupe les radiologistes responsables de chacun des centres de dépistage dans la région, et les taux individualisés sont envoyés à chaque radiologiste à tous les ans.

OBJECTIF **2005-2010**	Rejoindre les clientèles vulnérables au regard du VIH/sida, du VHC et des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS).

Indicateurs	***Résultats 2004-2005***	***Cibles 2005-2006***	***Résultats 2005-2006***
Volume de tests de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang réalisés par les SIDEP auprès de l'ensemble de la clientèle	2 448	2 448	3 679
Volume de tests de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang réalisés auprès des clientèles vulnérables hors les murs du SIDEP	202	202	1 109
Volume de vaccinations auprès de l'ensemble de la clientèle du SIDEP	3 248	3 248	397
Volume de vaccinations des clientèles vulnérables hors les murs du SIDEP	440	440	117

Ces indicateurs réfèrent aux Services intégrés de dépistage et de prévention (SIDEP) du virus d'immunodéficience humaine (VIH/sida), du virus de l'hépatite C (VHC), des hépatites A et B ainsi que d'autres infections transmissibles par voie sexuelle exclusivement (ITSS) auprès de clientèles vulnérables. Les services visent une population vivant dans des contextes particuliers, propices à l'adoption de comportements à risque de contracter et de transmettre ces infections. Ces services sont offerts par le Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale selon un modèle régional centralisé de services. Les clientèles sont rencontrées dans les locaux de l'établissement et également dans les milieux qu'elles fréquentent afin d'être jointes en plus grand nombre possible (activités hors les murs).

Cette année, 3 679 tests de dépistage du VIH, du VHC, des hépatites A et B et des ITSS, autant dans les murs de l'établissement que dans les différents milieux, ont été réalisés. L'engagement prévu de 2 448 tests a été dépassé. Directement dans les milieux où on peut rejoindre les clientèles visées, c'est 1 109 tests qui ont été réalisés, un résultat qui dépasse l'engagement prévu de 202 tests.

Pour ce qui est de la vaccination, 397 actes d'immunisation (doses) ont été réalisés, que ce soit dans les locaux de l'établissement ou dans les milieux visés. L'écart avec la cible prévue de 3 248 n'est pas attribuable à une baisse de services, mais plutôt à une mauvaise compréhension de l'indicateur lors de la détermination de la cible : la vaccination de clientèles à risque dans d'autres services que les SIDEP (clinique jeunesse, etc.) ainsi que les activités de vaccination financées par la Direction régionale de santé publique à l'Établissement de détention de Québec y avait été incluses, alors que ces activités n'étaient pas admissibles. Il faut savoir que cet indicateur ne rend compte que d'une portion des services de lutte contre les ITSS dans le réseau public. La même observation s'applique à la vaccination réalisée directement dans les milieux : 117 actes d'immunisation ont été réalisés, un résultat inférieur à l'engagement prévu de 440.

2.1.2 SERVICES GÉNÉRAUX - ACTIVITÉS CLINIQUES ET D'AIDE

OBJECTIF **2005-2010**	Garantir, en tout temps et à toute la population, un accès aux services d'information et de conseils, de référence et d'orientation par Info-santé 24/7, dans un délai de moins de 4 minutes.

Indicateurs	***Résultats 2004-2005***	***Cibles 2005-2006***	***Résultats 2005-2006***
Taux d'utilisation du service Info-Santé	245 /1 000	250 /1 000	234 /1 000

Le taux d'utilisation consiste au nombre d'appels traités dans l'année, c'est-à-dire au nombre d'appels provenant de la population qui ont obtenu la communication avec l'infirmière d'Info-Santé CLSC, par rapport à la population totale.

En 2005-2006, la région a présenté un taux d'appels de 234/1 000, ce qui représente un total de 154 116 appels traités. La cible visée de 250/1 000 n'a pas été atteinte. Par ailleurs, l'Agence a procédé à quelques exercices de relations publiques pour soutenir l'utilisation de ce service de première ligne.

La région de la Capitale-Nationale consacre une part importante de ses ressources d'Info-Santé au fonctionnement des lignes dédiées à des programmes et à des clientèles spécifiques : la « Télésurveillance » pour les urgences des usagers du maintien à domicile; l'« Accessibilité continue 24/7 » pour la prise en charge de la clientèle du maintien à domicile et du virage ambulatoire. En 2005-2006, ces activités représentaient 50 033 appels. Bien que non mesurées dans l'indicateur, ces activités ont un effet direct sur le volume total d'appels traités par le service Info-Santé.

OBJECTIF **2005-2010**	Améliorer l'accès, dans chaque territoire local, aux services psychosociaux généraux en augmentant le nombre de personnes desservies et en offrant une réponse plus complète aux besoins en augmentant l'intensité des services.

Indicateurs	***Résultats 2004-2005***	***Cibles 2005-2006***	***Résultats 2005-2006***
Nombre d'usagers desservis par les services psychosociaux en CSSS (mission CLSC)	4 186	4 025	3 964
Nombre moyen d'interventions par usager réalisées dans le cadre des services psychosociaux en CSSS (mission CLSC)	2,15	2,26	2,41

Un nombre de 3 964 usagers distincts a reçu des services psychosociaux, pour une moyenne de 2,41 interventions par personne. La cible prévue de 4 025 usagers n'a pas été atteinte, mais la cible d'intensité a été légèrement dépassée.

Dans le cadre des procédures d'accueil des établissements, les intervenants psychosociaux consacrent une part importante de leur temps à répondre aux demandes de services qui requièrent une analyse professionnelle. Progressivement depuis 2003-2004, ces activités n'ont plus été comptabilisées dans les services psychosociaux, bien qu'elles soient restées sous la responsabilité de leurs intervenants. Ce fait peut expliquer la baisse des usagers dénombrés. Lorsque les demandes de services sont ajoutées au résultat, nous observons 23 071

interventions et demandes de services en 2005-2006 comparativement à 21 716 en 2003-2004. Il s'agit d'une progression de 6,2 % indiquant un accroissement des activités de services généraux dans les CSSS.

2.1.3 PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT

OBJECTIF **2005-2010**	Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile en augmentant à 16 % la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus en perte d'autonomie desservies dans la communauté et en offrant une réponse plus complète aux besoins en augmentant l'intensité des services de 15 %.

Indicateurs	***Résultats 2004-2005***	***Cibles 2005-2006***	***Résultats 2005-2006***
Nombre de personnes en perte d'autonomie recevant des services de soutien à domicile offerts par les CSSS (mission CLSC)	13 724	14 920	14 577
Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile reçues par les personnes en perte d'autonomie	26,47	25,03	26,37

Un nombre de 14 577 usagers distincts ont été joints par les services de soutien à domicile, pour une moyenne de 26,37 interventions par personne. La cible prévue de 14 920 usagers n'a pas été atteinte mais la cible d'intensité a été dépassée. Au 31 mars 2006, 177 usagers se trouvaient en liste d'attente pour un premier service.

Pour ce qui est du nombre d'usagers, un premier facteur expliquant la non-atteinte de la cible est reliée à l'amélioration des pratiques de codage des intervenants dans le système d'information des CLSC. Des usagers étaient auparavant compris dans la catégorie « perte d'autonomie » à cause de leur âge (plus de 65 ans) alors qu'ils auraient dû être inscrits dans une autre catégorie (en santé physique par exemple). Le deuxième facteur est relié au choix des établissements d'augmenter le nombre d'interventions par usager. Le nombre moyen d'interventions en 2005-2006 se traduit directement par un dépassement de la cible de 1,34 intervention par usager.

OBJECTIF **2005-2010**	Améliorer les soins et les services pour les personnes hébergées en centre d'hébergement et de soins de longue durée en augmentant les heures travaillées par jour-présence en soins infirmiers et d'assistance de 2,5 % et en augmentant les heures travaillées par jour-présence en services professionnels de 6 %.

Indicateurs	***Résultats 2004-2005***	***Cibles 2005-2006***	***Résultats 2005-2006***
Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en soins infirmiers et d'assistance dans les CHSLD	3,022	3,025	3,086
Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en services professionnels dans les CHSLD	0,200	0,196	0,190

Dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée publics et privés conventionnés, 3,086 heures travaillées par jour-présence ont été offertes en soins infirmiers et d'assistance et 0,190 heure travaillée par jour-présence a été offerte en services professionnels, par exemple, en psychologie, en ergothérapie et en physiothérapie. La cible a été atteinte pour la partie des soins infirmiers et d'assistance mais nous notons un léger recul des heures pour les services professionnels.

Un changement dans la modalité de l'offre de service régionale en 2005-2006 est la cause de la diminution des heures de services professionnels. Le transfert et la transformation d'une partie des lits d'hébergement des unités de soins prolongés (USLD) du Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ) et du Centre hospitalier *affilié* universitaire de Québec (CHA) en lits d'hébergement transitoire vers le Centre hospitalier Robert-Giffard, ne les rendaient plus admissibles dans le calcul de l'indicateur. Ces lits étaient occupés par des personnes nécessitant davantage d'heures soins.

2.1.4 DÉFICIENCE PHYSIQUE

OBJECTIF **2005-2010**	Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile destinés aux personnes handicapées, avec l'intensité requise et sur la base des besoins en augmentant le nombre de personnes desservies présentant une déficience physique et en offrant une réponse plus complète aux besoins des personnes, en augmentant l'intensité des services.

Indicateurs	***Résultats 2004-2005***	***Cibles 2005-2006***	***Résultats 2005-2006***
Nombre de personnes ayant une déficience physique recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC)	2 760	2 752	2 932
Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile dispensées par les CSSS (mission CLSC), par usager (DP)	20,17	19,07	22,27

Dans la région, 2 932 usagers ayant une déficience physique ont reçu des services de soutien à domicile, pour une moyenne de 22,27 interventions par personne. Les cibles ont été dépassées.

OBJECTIF **2005-2010**	Améliorer l'accès à des services de soutien pour les familles de personnes handicapées en augmentant le nombre de personnes présentant une déficience physique dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe.

Indicateurs	***Résultats 2004-2005***	***Cibles 2005-2006***	***Résultats 2005-2006***
Nombre d'usagers ayant une déficience physique dont les familles reçoivent des services de soutien par allocation directe	229	264	270

Les services de soutien par allocation directe pour les familles de personnes handicapées ont joint 270 familles distinctes en 2005-2006. La cible de 264 familles a été atteinte.

OBJECTIF **2005-2010**	Améliorer l'accès à des services spécialisés de réadaptation en déficience physique dans chacune des régions du Québec avec l'intensité suffisante, en augmentant de 12 % le nombre de personnes desservies et en le maintenant.

Indicateurs	***Résultats 2004-2005***	***Cibles 2005-2006***	***Résultats 2005-2006***
Nombre de personnes ayant une déficience motrice recevant des services spécialisés de réadaptation	4 575	4 716	4 547
Nombre de personnes ayant une déficience visuelle recevant des services spécialisés de réadaptation	1 387	1 678	1 514
Nombre de personnes ayant une déficience auditive recevant des services spécialisés de réadaptation	1 479	1 398	1 694
Nombre de personnes ayant une déficience de la parole et du langage recevant des services spécialisés de réadaptation	323	332	354

En déficience motrice, 4 547 usagers ont été joints en 2005-2006 et la cible de 4 716 n'a pas été atteinte. Une partie importante de la baisse du nombre d'usagers est associée à la diminution des références de clientèles provenant de la Société d'assurance automobile du Québec (SAAQ) et de la Commission de la santé et de la sécurité au travail (CSST). Ces clientèles représentaient environ 20 % du total des usagers recevant des services de réadaptation en déficience motrice en 2005-2006.

En déficience visuelle, 1 514 usagers ont été joints mais la cible prévue de 1 678 n'a pas été atteinte. Un premier facteur d'explication se rapporte à l'arrêt d'inscription des données sur les activités des optométristes dans le système d'information de l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec (IRDPQ), ces activités étant incluses dans la cible. Un second facteur touche les mouvements de la main-d'œuvre dans ce secteur d'activité, soit la grande spécialisation des intervenants et la difficulté de recrutement le rend particulièrement vulnérable à tout départ.

En déficience auditive, 1 694 usagers ont reçu des services en 2005-2006. Dans ce secteur, la cible prévue de 1 398 a été dépassée.

Pour ce qui est des jeunes ayant une déficience de la parole et du langage, 354 d'entre eux ont été joints en 2005-2006. La cible prévue de 332 a été atteinte.

2.1.5 DÉFICIENCE INTELLECTUELLE

OBJECTIF **2005-2010**	Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile destinés aux personnes handicapées, avec l'intensité requise et sur la base des besoins en augmentant le nombre de personnes desservies présentant une déficience intellectuelle et en offrant une réponse plus complète aux besoins des personnes, en augmentant l'intensité des services.

Indicateurs	*Résultats 2004-2005*	*Cibles 2005-2006*	*Résultats 2005-2006*
Nombre de personnes ayant une déficience intellectuelle recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC)	641	608	839
Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile dispensées par les CSSS (mission CLSC), par usager (DI)	9,69	9,68	8,75

Dans la région, 839 personnes ayant une déficience intellectuelle ont reçu des services de soutien à domicile, pour une moyenne de 8,75 interventions par personne. La cible de 608 a été largement dépassée mais la cible d'intensité de 9,68 interventions par usager par année n'a pas été atteinte.

L'importante hausse observée des usagers joints serait due à de nouvelles pratiques de catégorisation des usagers dans le système d'information des CSLC par les intervenants. C'est-à-dire que des usagers présentant une déficience intellectuelle étaient, en 2004-2005, classifiés dans d'autres centres d'activité que ceux du soutien à domicile et qu'ils l'ont été en 2005-2006.

OBJECTIF **2005-2010**	Améliorer l'accès à des services de soutien pour les familles de personnes handicapées en augmentant le nombre de personnes présentant une déficience intellectuelle dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe.

Indicateurs	*Résultats 2004-2005*	*Cibles 2005-2006*	*Résultats 2005-2006*
Nombre d'usagers ayant une déficience intellectuelle dont les familles reçoivent des services de soutien par allocation directe	499	509	485

Les services de soutien par allocation directe pour les familles de personnes handicapées ont joint 485 familles distinctes en 2005-2006. La cible de 509 familles n'a pas été atteinte. Au 31 mars 2006, la liste d'attente signalait 42 familles en attente pour de tels services. Ces familles vont recevoir les services requis dans la prochaine annee.

2.1.6 TROUBLE ENVAHISSANT DU DÉVELOPPEMENT

OBJECTIF **2005-2010**	Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile destinés aux personnes handicapées, avec l'intensité requise et sur la base des besoins en augmentant le nombre de personnes desservies présentant un trouble envahissant du développement (TED) et en offrant une réponse plus complète aux besoins des personnes, en augmentant l'intensité des services.

Indicateurs	*Résultats 2004-2005*	*Cibles 2005-2006*	*Résultats 2005-2006*
Nombre de personnes ayant un trouble envahissant du développement recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC)	172	152	202
Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile dispensées par les CSSS (mission CLSC), par usager (TED)	7,21	7,28	7,54

Dans la région, 202 personnes ayant un trouble envahissant du développement ont reçu des services de soutien à domicile, pour une moyenne de 7,54 interventions par personne. La cible de 152 a été dépassée ainsi que la cible d'intensité de 7,28 interventions. Au 31 mars 2006, la liste d'attente signalait un usager en attente pour un premier service en soutien à domicile.

La hausse observée des personnes jointes serait le résultat des nouvelles pratiques de catégorisation des usagers dans le système d'information des CLSC par les intervenants. C'est-à-dire que des usagers présentant un trouble envahissant du développement étaient, en 2004-2005, classifiés dans d'autres centres d'activité que ceux du soutien à domicile et qu'ils l'ont été en 2005-2006.

OBJECTIF **2005-2010**	Améliorer l'accès à des services de soutien pour les familles de personnes handicapées en augmentant le nombre de personnes présentant un trouble envahissant du développement dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe.

Indicateurs	*Résultats 2004-2005*	*Cibles 2005-2006*	*Résultats 2005-2006*
Nombre d'usagers ayant un trouble envahissant du développement dont les familles reçoivent des services de soutien par allocation directe	136	124	141

Les services de soutien par allocation directe pour les familles de personnes ayant un trouble envahissant du développement ont joint 141 familles distinctes en 2005-2006. La cible de 124 familles a été atteinte. Au 31 mars 2006, la liste d'attente signalait 23 familles en attente pour de tels services. Ces familles vont recevoir les services requis dans la prochaine année.

OBJECTIF 2005-2010	Améliorer l'accès à des services d'intervention comportementale intensive (ICI) d'un minimum de 20 heures par semaine pour les enfants de moins de 6 ans ayant un diagnostic de trouble envahissant du développement en augmentant le nombre d'enfants desservis.

Indicateurs	*Résultats 2004-2005*	*Cibles 2005-2006*	*Résultats 2005-2006*
Nombre d'enfants de moins de 6 ans recevant un service d'intervention comportementale intensive (ICI) de type ABA	35	37	40
Nombre moyen d'heures hebdomadaires d'intervention comportementale intensive (ICI) par enfant de moins de 6 ans	15,1	20	12,56

Nous dénombrons 40 enfants de moins de six ans avec un trouble envahissant du développement (TED) ayant reçu des services d'intervention comportementale intensive (ICI) en 2005-2006, un résultat qui dépasse la cible prévue de 37. La moyenne d'heures par enfant par semaine observée s'élevant à 12,56 heures, la cible ministérielle de 20 heures n'est pas atteinte.

La non-atteinte de la cible d'intensité s'explique, d'une part, par une diminution de plus de la moitié des heures travaillées par les intervenants qui doivent consacrer du temps à une formation de niveau universitaire sur les TED. D'autre part, diverses raisons liées à la disponibilité des enfants rendent difficile l'atteinte de l'intensité d'intervention prévue au programme (préférence des parents pour une intensité moindre; disponibilité quatre jours seulement; périodes de sommeil, périodes consacrées aux suivis médicaux ou aux services spécialisés en orthophonie ou en ergothérapie, etc.).

OBJECTIF 2005-2010	Améliorer l'accès à des services spécialisés d'adaptation et d'intégration sociales pour les personnes ayant un trouble envahissant du développement en augmentant le nombre de jeunes desservis, âgés de 6 à 21 ans et en augmentant le nombre d'adultes desservis, de 21 ans et plus.

Indicateurs	*Résultats 2004-2005*	*Cibles 2005-2006*	*Résultats 2005-2006*
Nombre de jeunes âgés de 6 à 21 ans recevant un service spécialisé (TED)	210	163	225
Nombre d'adultes de plus de 21 ans recevant un service spécialisé (TED)	177	130	189

Les services spécialisés pour enfants, jeunes et adultes ayant un trouble envahissant du développement comprennent à la fois des services de soutien à la personne, des services socioprofessionnels et des services à domicile. Ils ont joint 225 enfants et jeunes de 6 à 21 ans et 189 adultes de plus de 21 ans. Les cibles prévues de 163 et de 130 ont été dépassées.

2.1.7 JEUNES EN DIFFICULTÉ

OBJECTIF 2005-2010	Améliorer l'accessibilité et l'intensité des services jeunesse dans les territoires locaux en desservant les jeunes qui le requièrent ainsi que leur famille par les services psychosociaux en joignant 7,50 % des jeunes âgés de 0 à 17 ans et en augmentant le nombre d'interventions auprès des jeunes et de leur famille en offrant en moyenne 7 interventions, par année, par usager.

Indicateurs	*Résultats 2004-2005*	*Cibles 2005-2006*	*Résultats 2005-2006*
Nombre d'usagers (jeunes et leur famille) joints en CSSS (mission CLSC)	10 415	10 804	10 882
Nombre moyen d'interventions par usager (jeunes et leur famille) en CSSS (mission CLSC)	6,82	6,89	6,94

En 2005-2006, 10 882 jeunes et leur famille ont bénéficié de ces services, pour une moyenne de 6,94 interventions par personne. La cible prévue de 10 804 a été atteinte pour le nombre d'usagers, de même que la cible d'intensité de 6,89 interventions.

OBJECTIF 2005-2010	Améliorer l'accès aux services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant dans un contexte de vulnérabilité, en s'assurant de joindre 90 % des jeunes femmes enceintes et des mères âgées de moins de 20 ans.

Indicateurs	*Résultats 2004-2005*	*Cibles 2005-2006*	*Résultats 2005-2006*
Proportion de femmes de moins de 20 ans, ayant accouché dans l'année, jointes par les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance – volet Programme de soutien aux jeunes parents	n/d	91 %	63,3 %

Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance – volet Programme de soutien aux jeunes parents visent à diminuer la transmission intergénérationnelle des problèmes de santé et problèmes sociaux, dont l'abus et la négligence. Ils visent aussi à maximiser le potentiel de santé et de bien-être des mères, des pères, des bébés à naître et des enfants de 0-5 ans vivant en situation de vulnérabilité. Ces services sont donnés par les CSSS.

La proportion de femmes jointes par ces services par rapport à l'ensemble des femmes âgées de moins de 20 ans est de 63,3 % (93 mères). La cible de 91 % n'a pas été atteinte. La qualité des données s'étant améliorée cette année grâce à l'informatisation de l'outil de collecte (fiche de périnatalité), un dénombrement plus resserré des cas admissibles explique la non-atteinte de la cible.

Un regard plus global posé sur les services de périnatalité nous permet d'observer que plus de 940 mères en situation de vulnérabilité ont été jointes dans la région et qu'elles ont reçu plus de 14 000 interventions, pour une moyenne de 15 interventions par mère.

OBJECTIF 2005-2010	Assurer l'accès aux services spécialisés dans les centres jeunesse offerts en vertu de la *Loi de la protection de la jeunesse* (LPJ) et de la *Loi sur le système de justice pénal pour les adolescents* (LSJPA), dans un délai moyen d'attente de 12 jours calendrier, pour les services d'évaluation en protection de la jeunesse pour tout enfant dont le signalement est retenu et dans un délai moyen d'attente de 30 jours calendrier pour l'application des mesures en protection de la jeunesse.

Indicateurs	*Résultats 2004-2005*	*Cibles 2005-2006*	*Résultats 2005-2006*
Délai moyen d'attente à l'évaluation en protection de la jeunesse	10,8	8,49	8,49
Délai moyen d'attente à l'application des mesures en protection de la jeunesse	6,38	14,93	6,94
Nombre de semaines où le taux d'engorgement dans les unités régulières excède 8 %	17	20	13

Le délai moyen d'attente à l'évaluation consiste au nombre de jours s'écoulant entre le maintien d'un signalement et l'évaluation faite par un intervenant auprès de l'enfant. Ce délai se situait à 8,49 jours en 2005-2006, la cible maximale prévue n'a pas été dépassée (8,49). Le Centre jeunesse de Québec maintient sa bonne performance puisque celle-ci est inférieure à la norme maximale de 12 jours.

Le délai moyen à l'application des mesures consiste au nombre de jours s'écoulant entre la fin de l'orientation de l'enfant et la première intervention de prise en charge. Il était de 6,94 jours en 2005-2006, beaucoup plus bas que l'engagement prévu de 14,93 et de la norme maximale de 30 jours.

Enfin, il y a engorgement lorsque les places d'hébergement occupées en centre jeunesse sont plus nombreuses que les places autorisées. En 2005-2006, le nombre de semaines où le taux d'engorgement dans les unités régulières a excédé 8 % a été de 13, ce qui est largement inférieur à la cible maximale prévue de 20.

2.1.8 DÉPENDANCES

OBJECTIF 2005-2010	Intensifier la détection, l'évaluation et la référence des jeunes présentant un problème de toxicomanie pour l'ensemble des régions du Québec.

Indicateurs	*Résultats 2004-2005*	*Cibles 2005-2006*	*Résultats 2005-2006*
Nombre de jeunes évalués et référés par un mécanisme d'accès concerté et coordonné en toxicomanie	358	295	363

Dans la région, tous les jeunes sont évalués et référés dans le cadre d'un mécanisme d'accès appelé Programme d'accès jeunesse en toxicomanie (PAJT), sous la responsabilité du Centre de réadaptation Ubald-Villeneuve (CRUV). En 2005-2006, 363 jeunes âgés de moins de 18 ans ont été évalués et référés par l'entremise de ce programme. Ce résultat est supérieur à la cible prévue de 295.

OBJECTIF 2005-2010	Accroître l'accessibilité des services spécialisés en jeu pathologique dans l'ensemble des régions du Québec (1,5 % de la population requiert des services spécialisés).

Indicateurs	*Résultats 2004-2005*	*Cibles 2005-2006*	*Résultats 2005-2006*
Nombre de joueurs traités par les services spécialisés en jeu pathologique	555	523	590

L'évaluation, l'orientation et le traitement externe des joueurs sont réalisés par le Centre de réadaptation Ubald-Villeneuve (CRUV). Des places de traitement interne sont offertes aux joueurs dans le cadre d'entente de services avec des organismes de thérapie. En 2005-2006, 590 joueurs ont été traités par les services spécialisés en jeu pathologique, dont 65 par les activités des organismes communautaires (services de traitement interne). Ce résultat est plus élevé que la cible prévue de 523.

2.1.9 SANTÉ MENTALE

OBJECTIF 2005-2010	Rejoindre 2 % de la population âgée de moins de 18 ans et 2 % de la population adulte par les services d'évaluation, de traitement et de suivi dans les services de santé mentale de première ligne offerts dans les CSSS, en complémentarité avec les ressources de première ligne existantes sur le territoire.

Indicateurs	*Résultats 2004-2005*	*Cibles 2005-2006*	*Résultats 2005-2006*
Nombre d'usagers (moins de 18 ans) souffrant de troubles mentaux ayant bénéficié de services d'évaluation, de traitement et de suivi en première ligne en santé mentale dans les CSSS (mission CLSC)	333	289	331
Nombre d'usagers (18 ans et plus) souffrant de troubles mentaux ayant bénéficié de services d'évaluation, de traitement et de suivi en première ligne en santé mentale en CLSC (mission CLSC)	5 786	5 568	6 624

En 2005-2006, 331 usagers distincts de moins de 18 ans ont bénéficié de services de première ligne en santé mentale dans les CSSS. La cible prévue de 289 a été atteinte.

Du côté des usagers de 18 ans et plus, 6 624 ont été joints et la cible prévue de 5 568 a été atteinte.

OBJECTIF 2005-2010	Améliorer l'accès aux services d'intégration dans la communauté pour les personnes ayant des troubles mentaux graves : - en suivi intensif (70 personnes/100 000 habitants); - en soutien d'intensité variable pour les personnes ayant des troubles mentaux graves (250 personnes/100 000 habitants).

Indicateurs	*Résultats 2004-2005*	*Cibles 2005-2006*	*Résultats 2005-2006*
Nombre moyen d'usagers de 18 ans et plus ayant reçu des services de soutien d'intensité variable dans la communauté	381	443	405
Nombre moyen d'usagers de 18 ans et plus qui ont reçu des services de suivi intensif	52	90	61

Les services de soutien d'intensité variable dans la communauté, dispensés par les CSSS, regroupent des activités d'évaluation, de traitement de réadaptation et d'intégration sociale destinées aux personnes vivant des troubles mentaux graves. Les services sont généralement donnés dans le milieu de vie des personnes et selon une intensité pouvant varier d'une période à l'autre. En 2005-2006, 405 usagers en moyenne par période financière ont été joints. La cible prévue de 443 n'a pas été atteinte. Au 31 mars 2006, 89 usagers étaient en attente pour ces services.

L'indicateur ne capte pas toute l'activité en soutien d'intensité variable dans la communauté. D'une part, en outrepassant les critères de l'indicateur, soit le lieu d'intervention au domicile et un minimum de deux interventions par période, les données indiquent plutôt un accroissement des interventions dans ce secteur d'activité depuis 2004-2005. D'autre part, si les services offerts par les organismes communautaires sont ajoutés au résultat, c'est en réalité plus de 537 personnes par période qui sont prises en charge par la modalité de suivi variable dans la communauté.

Les services de suivi intensif dans la communauté se distinguent du soutien d'intensité variable par la présence d'une équipe de soins intégrés en coordination continue, intervenant auprès de personnes pouvant présenter une condition instable et qui courent un risque très élevé d'hospitalisations répétées. Ces services sont offerts via le programme de traitement et de suivi intensif en équipe dans la communauté (PACT) du Centre hospitalier Robert-Giffard. En 2005-2006, 61 usagers en moyenne par période étaient joints par ces services. Ce résultat traduit 70 usagers différents joints durant l'année. L'engagement prévu de 90 usagers a été pris en considérant le nombre total d'usagers distincts, plutôt que la moyenne périodique. Le résultat observé en termes d'usagers différents joints (70) est inférieur à la cible prévue (90).

2.1.10 SANTÉ PHYSIQUE

OBJECTIF **2005-2010**	Maintenir ou diminuer le temps de séjour sur civière à l'urgence : - séjour moyen sur civière à l'urgence de 12 heures et moins; - 0 % de patient séjournant 48 heures et plus sur civière à l'urgence.

Indicateurs	***Résultats 2004-2005***	***Cibles 2005-2006***	***Résultats 2005-2006***
Séjour moyen sur civière	12,73	12,0	12,46
Séjour moyen sur civière des personnes de 75 ans et plus	17,09	15,0	16,89
Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière	2,69 %	1,99 %	2,45 %
Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière des personnes de 75 ans et plus	4,73 %	3,76 %	4,55 %

En 2005-2006, la région a présenté un séjour moyen de 12,46 heures par épisode de soins sur civière et une proportion de 2,45 % de séjour de 48 heures et plus. La cible prévue pour ces deux mesures n'a pas été atteinte (performance de 12 heures et 1,99 % épisode de 48 heures et plus).

Au cours de l'exercice financier 2005-2006, la demande de service a augmenté de 2,3 %, principalement en raison du nombre de cas sur civière (+3 451 cas par rapport à 2004-2005). Or, en dépit de cette demande accrue, le séjour moyen sur civière a diminué de 0,27 heure, de même que la proportion de 48 heures et plus (-0,24 %).

Du côté des personnes de 75 ans et plus, le séjour moyen a été de 16,89 heures par épisode de soins sur civière et la proportion de séjour de 48 heures et plus a été de 4,55 %. La cible prévue pour ces deux mesures n'a pas été atteinte (performance de 15 heures et 3,76 % épisodes de soins de 48 heures et plus).

La demande de service a été plutôt stable au sein de l'ensemble régional pour ce groupe d'âge. Par contre, certains hôpitaux ont accru leur desserte de façon marquée (+10 % pour l'Hôpital Saint-François d'Assise et +16 % pour le CH de Charlevoix), ce qui a engendré une pression importante sur leurs services hospitaliers.

Mentionnons cependant que pour l'ensemble des établissements, le séjour moyen sur civière a diminué de 0,20 heure par rapport à 2004-2005, de même que la proportion de séjour de 48 heures et plus (-0,18 %).

OBJECTIF **2005-2010**	Accroître l'accès aux services de soins palliatifs en augmentant le nombre de personnes desservies à domicile et en augmentant l'intensité des services.

Indicateurs	***Résultats 2004-2005***	***Cibles 2005-2006***	***Résultats 2005-2006***
Nombre d'usagers desservis en soins palliatifs à domicile	1 945	2 005	2 221
Nombre moyen d'interventions par usager en soins palliatifs à domicile	16,99	15,90	18,53

En 2005-2006, la région a joint 2 221 usagers distincts pour une moyenne de 18,53 interventions par personne. La cible prévue de 2 005 a été atteinte pour le nombre d'usagers, de même que la cible d'intensité de 15,90 interventions.

OBJECTIF **2005-2010**	Assurer la capacité d'intervention des services spécialisés en radiothérapie en fonction du délai établi de 8 semaines.

Indicateurs	*Résultats 2004-2005*	*Cibles 2005-2006*	*Résultats 2005-2006*
Nombre de patients en attente de plus de 8 semaines entre la consultation du radio-oncologue et le début du traitement	6	0	0

Au 31 mars 2006, la région ne comptait aucun patient en attente de plus de 8 semaines entre la consultation du radio-oncologue et le début du traitement.

OBJECTIF **2005-2010**	Assurer la capacité du réseau à répondre adéquatement aux besoins de la clientèle en hémodynamie.

Indicateurs	*Résultats 2004-2005*	*Cibles 2005-2006*	*Résultats 2005-2006*
Pourcentage de demandes réalisées à l'intérieur des délais établis en hémodynamie			
Priorités 1 à 4 : catégorie A	74,5	100 %	82,5 %
Priorités 5.1 et 5.2 : catégorie B	63,7	75 %	83,1 %

Cet indicateur réfère au nombre de demandes de services pour une intervention en hémodynamie réalisée à l'intérieur de délais médicalement acceptables selon le niveau de priorité établi. Les demandes de catégorie A doivent obtenir réponse en dedans de deux semaines. Les demandes de catégorie B doivent obtenir réponse en moins de deux mois.

En 2005-2006, la région a présenté une proportion de demandes réalisées à l'intérieur des délais de 82,5 % pour la catégorie A et de 83,1 % pour la catégorie B. La cible prévue pour les procédures de la catégorie A (100 %) n'a pas été atteinte, alors que la cible visée pour la catégorie B (75 %) a été dépassée.

Un des facteurs reconnus expliquant la non-atteinte des cibles consiste à l'inscription sur les listes d'attente d'usagers non disponibles. La nouvelle application du système de gestion de l'accès aux services (SGAS) procurera des données plus précises sur l'attente en 2006-2007.

OBJECTIF **2005-2010**	Assurer la capacité du réseau à répondre adéquatement aux besoins de la clientèle en chirurgie cardiaque.

Indicateurs	***Résultats 2004-2005***	***Cibles 2005-2006***	***Résultats 2005-2006***
Pourcentage de demandes réalisées à l'intérieur des délais établis en chirurgie cardiaque			
Priorités 1 à 3 : catégorie A	75,6 %	100 %	74,7 %
Priorités 4 et 5: catégorie B	70,4 %	75 %	56,9 %

Il s'agit ici du nombre de demandes de services pour une intervention en chirurgie cardiaque réalisée à l'intérieur de délais médicalement acceptables selon le niveau de priorité établi. Les demandes de catégorie A doivent obtenir une réponse en dedans de deux semaines, les demandes de catégorie B, en moins de trois mois.

En 2005-2006, la région a présenté une proportion de demandes réalisées à l'intérieur des délais de 74,7 % pour la catégorie A et de 56,9 % pour la catégorie B. Les cibles prévues pour les procédures de la catégorie A (100 %) et pour la catégorie B (75 %) n'ont pas été atteintes.

Un des facteurs reconnus expliquant la non-atteinte des cibles consiste à l'inscription sur les listes d'attente d'usagers non disponibles. La nouvelle application du SGAS procurera des données plus précises sur l'attente en 2006-2007.

OBJECTIF **2005-2010**	Assurer la capacité du réseau à répondre adéquatement aux besoins de la clientèle en électrophysiologie.

Indicateurs	***Résultats 2004-2005***	***Cibles 2005-2006***	***Résultats 2005-2006***
Pourcentage de demandes réalisées à l'intérieur des délais établis en électrophysiologie			
Priorités 1 et 2 : catégorie A	51,4 %	100 %	62,7 %
Priorités 3, 4 et 5 : catégorie B	71,2 %	71,2 %	53,2 %

Cet indicateur réfère au nombre de demandes de services pour une intervention en chirurgie cardiaque réalisée à l'intérieur de délais médicalement acceptables selon le niveau de priorité établi. Les demandes de catégorie A doivent obtenir une réponse en moins de 48 heures, les demandes de catégorie B, en moins de trois mois.

En 2005-2006, la région a présenté une proportion de demandes réalisées à l'intérieur des délais de 62,7 % pour la catégorie A et de 53,2 % pour la catégorie B. Les cibles prévues pour les procédures de la catégorie A (100 %) et de la catégorie B (71,2 %) n'ont pas été atteintes.

En électrophysiologie, le SGAS doit être modifié en lien avec l'évolution des pratiques, celles-ci occasionnant des délais qui compromettent l'atteinte des cibles (pose de défibrillateurs en prévention primaire et de cardiostimulateurs électifs, ablation dans le traitement de la fibrillation auriculaire paroxystique et de la fibrillation auriculaire chronique).

OBJECTIF **2005-2010**	Accroître la capacité d'intervention pour les patients ayant besoin d'une arthroplastie de la hanche ou d'une arthroplastie du genou ou d'une chirurgie de la cataracte ou d'une chirurgie d'un jour ou d'une chirurgie avec hospitalisation.

Indicateurs	***Résultats 2004-2005***	***Cibles 2005-2006***	***Résultats 2005-2006***
Nombre de chirurgies réalisées en orthopédie pour le remplacement total de la hanche	478	518	536
Nombre de chirurgies réalisées en orthopédie pour le remplacement total du genou	639	700	741
Nombre de chirurgies de la cataracte réalisées	6 546	6 735	6 549
Nombre de chirurgies d'un jour réalisées (excluant celles des cataractes)	20 927	22 635	22 102
Nombre de chirurgies avec hospitalisation réalisées (excluant PTH et PTG)	22 710	22 970	23 015

La région a réalisé 536 procédures de prothèse totale de la hanche (PTH), soit 122 cas additionnels par rapport à la base de référence (414 en 2002-2003). La cible prévue de 518 a été dépassée. Pour les prothèses totales du genou (PTG), la région a réalisé 741 procédures, soit 306 cas additionnels par rapport à la base de référence (435 en 2002-2003). La cible prévue de 700 a été dépassée. La production ciblée en orthopédie (PTH et PTG) est soumise à de nouvelles réalités dont nous devons tenir compte pour maintenir l'efficience actuelle des services. D'une part, de nouvelles technologies plus coûteuses s'offrent maintenant aux orthopédistes afin d'améliorer les résultats au plan clinique. D'autre part, la proportion de révisions de prothèses (deuxième chirurgie pour une même hanche) est en augmentation et celles-ci requièrent 60 % plus de temps opératoire que les prothèses primaires (premières prothèses). Il en résulte une réduction de la capacité de production des établissements et un accroissement des délais d'attente pour les usagers.

Un nombre de 6 549 procédures d'extraction de la cataracte ont été réalisées, soit 720 cas additionnels par rapport à la base de référence (5 829 en 2002-2003). La cible prévue de 6 735 n'a pas été atteinte.

La région a réalisé 22 102 procédures de chirurgies d'un jour (excluant celles des cataractes), soit 897 cas additionnels par rapport à la base de référence (21 205 en 2002-2003). La cible prévue de 22 635 n'a pas été atteinte. L'évolution de la composition des cas réalisés en mode ambulatoire au CHUQ et au CHA rend compte d'un alourdissement significatif des procédures chirurgicales, ce qui a un impact direct sur l'utilisation du temps opératoire.

Pour ce qui est des chirurgies avec hospitalisation, 23 015 procédures (excluant les PTH et les PTG) ont été réalisées, soit 727 cas additionnels par rapport à la base de référence (22 288 en 2002-2003). La cible prévue de 22 970 a été atteinte.

2.1.11 ADMINISTRATION ET SOUTIEN AUX SERVICES - GESTION DES BÂTIMENTS ET DES ÉQUIPEMENTS

OBJECTIF **2005-2010**	Assurer une gestion des bâtiments et des équipements visant la réduction du taux de dépenses en administration et en soutien aux services et la réduction de la consommation d'énergie.

Indicateurs	***Résultats 2004-2005***	***Cibles 2005-2006***	***Résultats 2005-2006***
Taux des dépenses en administration et en soutien aux services	N/D	22	N/D
Consommation en gigajoules par mètre carré	1,89	1,77	N/D

Taux de dépenses en administration
L'indicateur vise à mesurer l'efficacité d'une région quant aux dépenses en administration et en soutien aux services par rapport aux dépenses des programmes-services d'une région. Il est impossible de juger l'atteinte de la cible en 2005-2006 puisque le résultat observé ne pourra être connu avant la publication des états financiers. Par contre, sur la base du contour financier 2002-2003, la région de la Capitale-Nationale démontre une performance au regard de cet indicateur.

Consommation d'énergie en giga joules par mètre carré
Il s'agit de la quantité d'énergie consommée par les établissements publics et privés du réseau, mesurée en gigajoules par mètre carré. Comme pour l'indicateur précédent, le résultat observé ne peut être connu avant la publication des états financiers. Toutefois, selon les données disponibles depuis 1998, la région de la Capitale-Nationale est plus performante que le total du Québec, malgré des facteurs défavorables pour la consommation d'énergie. En effet, plusieurs établissements de la région comportent des centres de recherche de grande importance. Par définition, les bâtiments abritant ces centres sont fortement mécanisés, avec des systèmes de traitement d'air frais à haut débit. Ils sont donc plus énergivores qu'un bâtiment hospitalier moyen et nécessitent une plus grande attention dans leur fonctionnement et leur entretien.

2.1.12 PERSONNEL DU RÉSEAU ET DU MINISTÈRE

OBJECTIF **2005-2010**	Améliorer la gestion de la présence au travail.

Indicateurs	***Résultats 2004-2005***	***Cibles 2005-2006***	***Résultats 2005-2006***
Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	5,84	4,84	5,57

Cet indicateur permet de suivre l'évolution de l'absentéisme en assurance salaire. Il consiste au nombre d'heures en assurance salaire divisé par le nombre d'heures travaillées (%).

À la période 13 de l'année 2005-2006, en excluant les établissements privés conventionnés, la région enregistrait un ratio de 5,57 %. Malgré la mise en œuvre des plans d'action locaux dans plusieurs établissements, un suivi régional assidu sur l'évolution de la situation globale et une vigilance dans la mise à jour des systèmes d'information, la cible régionale attendue de 4,84 n'a pu être atteinte. L'effet de ces mesures devrait commencer

à porter fruit en 2006-2007. Toutefois, pour un total de 14 établissements publics, trois ont atteint un ratio plus bas que l'objectif maximal signifié par le Ministère.

Bien que la région n'ait pas atteint la cible visée, elle est passée d'un ratio de 5,84 en 2004-2005 à un ratio de 5,57 à la période 13 de l'année 2005-2006.

2.1.13 AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES SERVICES ET DE LA SATISFACTION DE LA CLIENTÈLE

OBJECTIF **2005-2010**	Réduire l'incidence moyenne annuelle des infections nosocomiales faisant l'objet d'une surveillance provinciale.

Indicateurs	***Résultats 2004-2005***	***Cibles 2005-2006***	***Résultats 2005-2006***
Nombre d'établissements ayant atteint le ratio de professionnels en prévention des infections nosocomiales en centre hospitalier (CH) de courte durée - 1 ETP pour 133 lits de courte durée	1	4	4
Nombre d'établissements ayant atteint le ratio de professionnels en prévention des infections nosocomiales en centre d'hébergement et de soins de longue durée - 1 ETP pour 250 lits de longue durée	N/D	N/D	0

Il s'agit du nombre d'infirmières travaillant en prévention des infections nosocomiales, calculé en équivalent temps plein (ETP), rapporté au nombre de lits de soins de courte durée et au nombre de lits de soins de longue durée des établissements publics et privés conventionnés. L'indicateur consiste au nombre d'établissements atteignant le ratio prévu.

Tous les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés visés atteignent le ratio prévu (CHUQ, CHA, Hôpital Laval et CSSS de Charlevoix). Le ratio régional est de 1/122.

Le ratio applicable dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) n'est atteint dans aucun établissement. Le ratio régional est de 1/1211. Pour l'année 2006-2007, un investissement de trois ressources professionnelles ETP en CHSLD permettra d'améliorer la situation, mais tous les établissements ne rejoindront pas la norme de 1/250. Tout est fait, en fonction des budgets disponibles, pour assurer une amélioration à ce chapitre.

OBJECTIF **2005-2010**	Mettre en place des mesures spécifiques, dans 100 % des établissements, pour assurer la prestation sécuritaire des services de santé et des services sociaux.

Indicateurs	***Résultats 2004-2005***	***Cibles 2005-2006***	***Résultats 2005-2006***
Nombre d'établissements ayant mis en place un comité de gestion du risque et de la qualité	14	14	14
Nombre d'établissements dont le conseil d'administration a entériné une politique de divulgation de tout accident à un usager	14	14	14

Nombre d'établissements qui déclarent les incidents/accidents	14	14	14
Nombre d'établissements ayant mis en place un registre local des incidents/accidents	14	14	14
Nombre d'établissements ayant sollicité l'agrément de leurs services par un organisme d'accréditation reconnu	6	7	7

Ces indicateurs permettent le suivi de la mise en oeuvre de la Loi 71 sur la prestation sécuritaire des services de santé et des services sociaux dans les établissements publics, ainsi que dans les établissements privés conventionnés et non conventionnés. Ces derniers étaient toutefois exclus de l'entente de gestion régionale en 2005-2006.

La région avait déjà atteint les cibles recherchées en 2004-2005 pour ce qui est des quatre premiers indicateurs. Quant au nombre d'établissements ayant sollicité l'agrément, la cible a été atteinte en 2005-2006 avec la demande de l'Hôpital Jeffery-Hale - Saint Brigid's Home inc.

En ce qui concerne les établissements privés conventionnés et non conventionnés, non inclus dans les résultats du tableau précédent, 15 d'entre eux étaient visés par les mesures relatives à la prestation sécuritaire des services. Les résultats sont les suivants :

- nombre d'établissements ayant mis en place un comité de gestion du risque et de la qualité : 10
- nombre d'établissements dont le conseil d'administration a entériné une politique de divulgation de tout accident à un usager : 10
- nombre d'établissements qui déclarent les incidents/accidents : 12
- nombre d'établissements ayant mis en place un registre local des incidents/accidents : 11
- nombre d'établissements ayant sollicité l'agrément de leurs services par un organisme d'accréditation reconnu : 14

2.1.14 ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

OBJECTIF **2005-2010**	Assurer la dispensation des services dans le respect de l'enveloppe budgétaire tout en poursuivant les efforts en vue d'atteindre les objectifs d'équilibre budgétaire du réseau de la santé et des services sociaux

Indicateurs	***Résultats 2004-2005***	***Cibles 2005-2006***	***Résultats 2005-2006***
Résultat d'exploitation	20 206 283 $	12 348 963 $	13 211 000 $

La région de la Capitale-Nationale respecte la cible déficitaire maximale signifiée en 2005-2006. L'Agence a signifié des cibles déficitaires maximales à trois établissements, soit le CHUQ (9,7 M$), le CHA (1,336 M$) et l'Hôpital Laval (1,312 M$). Selon les plus récentes prévisions, deux d'entre eux prévoient respecter leur cible, soit le CHUQ et l'Hôpital Laval, avec des déficits respectifs prévus de 9,7 M$ et 0,135 M$. Le CHA excède sa cible de 2,040 M$ au 31 mars 2006 avec un déficit prévisible de 3,376 M$.

2.2 ATTENTES ADMINISTRATIVES 2005-2006

Il s'agit des attentes de nature administrative jugées prioritaires pour l'année 2005-2006 pour lesquelles une reddition de comptes est obligatoire. Ces attentes sont préparées par chacune des directions générales du Ministère et mettent l'accent sur les résultats à atteindre quant à l'organisation et à la mise en place des programmes et des services. Par ailleurs, le Ministère soumet aux agences des préoccupations additionnelles ayant un effet structurant sur des travaux en cours et invite les agences à prendre ces préoccupations en considération dans leur plan de travail annuel.

Enfin, l'Agence, par sa Direction régionale de santé publique, a formulé un certain nombre d'attentes administratives régionales aux centres de santé et de services sociaux (CSSS) dont les résultats apparaissent dans le présent bilan.

2.2.1 DIRECTION RÉGIONALE DE SANTÉ PUBLIQUE

Résultat visé au 31 mars 2006:	Nombre d'écoles secondaires et de maisons de jeunes qui ont réalisé le projet « Gangs allumés » et le concours « Défi j'arrête, j'y gagne »

Évaluation de l'atteinte du résultat

Un total de 17 écoles secondaires ont réalisé le projet « Gangs allumés pour une vie sans fumée ». L'objectif de réalisation était de 19 projets. L'objectif a été réalisé à 90 %.

En ce qui concerne le concours « Défi j'arrête, j'y gagne », il y a eu un total de 2 822 participants. L'objectif de réalisation était de 3 000 participants. L'objectif a été réalisé à 94 %.

Résultat visé au 31 mars 2006:	Proportion de territoires locaux où sont implantées des activités de promotion de saines habitudes de vie et de prévention des maladies chroniques

Évaluation de l'atteinte du résultat

Les attentes administratives 2005-2006 en habitudes de vie et maladies chroniques s'inscrivent dans le cadre du Programme intégré de prévention des maladies chroniques (2002-2012) appelé 0.5.30 COMBINAISON PRÉVENTION. Ce programme invite la population à adopter les saines habitudes de vie que sont le 0 tabac (absence de fumée du tabac dans l'environnement et cessation), la consommation quotidienne minimale de 5 fruits et de légumes et la pratique d'au moins 30 minutes d'activités physiques à tous les jours. Une amélioration de 10 % de ces trois habitudes de vie est visée pour notre région. Le programme favorise une approche « milieu » laquelle, selon les différents types de milieu, cible tant les adultes que les jeunes. Cette approche peut cibler les adultes en tant qu'employés et employeurs ou en tant que professionnels dans l'amélioration de leurs pratiques professionnelles ou l'amélioration de l'offre de service de leur milieu à la population desservie. Sur 10 ans, le programme vise à ce que 70 % des professionnels de la santé soient joints. Il vise aussi à ce que 40 % des milieux de travail et de vie soient joints. L'année 2005-2006 correspond donc à la quatrième année d'implantation du programme.

Les objectifs de l'année 2005-2006 visent à assurer l'implantation du programme en milieu scolaire, dans les établissements de santé, dans les municipalités et d'autres milieux des secteurs privé et gouvernemental.

Au 31 mars 2006, les quatre CSSS poursuivaient l'actualisation du programme 0.5.30 COMBINAISON PRÉVENTION dont vous trouverez le détail des réalisations sous la section « Attentes administratives régionales incluses dans l'entente de gestion et d'imputabilité 2005-2006 ».

PRÉOCCUPATIONS MINISTÉRIELLES ADDITIONNELLES

L'activité prévue est l'implantation d'interventions multifactorielles personnalisées de prévention des chutes, auprès des clientèles à haut risque de chuter, des programmes Soutien à domicile (SAD) des CSSS de la région (volet multifactoriel personnalisé), la tenue de groupes d'activités physiques visant à améliorer la force, la mobilité et l'équilibre pour les personnes âgées à risques légers (programme PIED) ou modérés de chute (programme ÉquiLIBRE, volet multifactoriel non personnalisé) et la tenue d'activités visant à soutenir le développement de pratiques préventives par les médecins (volet médical préventif).

Le continuum de services du programme MARCHE s'inscrit dans le cadre des priorités nationales de santé publique, du Cadre de référence ministériel en prévention des chutes et constitue une priorité inscrite dans le Plan d'action régional en santé publique (PAR). En plus des CSSS de la région, différents établissements et organismes sont associés au projet : partenaires des réseaux locaux (résidences privées, organismes communautaires), service de loisirs des municipalités.

L'implantation régionale du continuum de services en prévention des chutes a débuté dans l'ensemble de la région. L'état d'avancement varie d'un territoire à l'autre et est particulièrement influencé par l'impact de l'implantation des réseaux locaux et des réorganisations récentes des CSSS. Des interventions auprès des clientèles inscrites dans les programmes Soutien à domicile des CSSS, des programmes d'activités physiques de groupe (programmes PIED et ÉquiLIBRE) et des activités de formation auprès des médecins ont déjà été réalisées ou sont en voie d'implantation.

La *Loi sur la santé publique* prévoit que le directeur régional de santé publique a l'obligation d'élaborer un plan de surveillance de l'état de santé de la population qui spécifie les finalités recherchées, les objets de surveillance, les renseignements personnels ou non qui sont nécessaires d'obtenir, les sources d'information envisagées et le plan d'analyse de ces renseignements nécessaires afin de pouvoir exercer la fonction de surveillance. En juin 2004, le directeur régional de santé publique de la région de la Capitale-Nationale s'est engagé, à l'instar de ses collègues des autres régions du Québec, à participer à la réalisation du Plan commun de surveillance (PCS) de l'état de santé de la population et de ses déterminants. Le PCS permet de planifier et d'orienter un ensemble d'activités de surveillance au Québec de l'état de santé de la population et des conditions agissant sur la santé aussi appelés déterminants. Ce plan sert aussi d'assise à la réalisation du Plan régional de surveillance (PRS). La Direction régionale de santé publique (DRSP) a entrepris depuis 2001 une démarche pour définir le contenu du PRS, qui s'est traduite par diverses consultations visant à connaître les besoins en information dans la région auprès de l'ensemble des équipes de la DRSP, des autres directions de l'Agence et de différentes instances régionales. Au printemps 2005, la dernière consultation avait pour but de recueillir auprès des équipes de la DRSP des indicateurs ou sources de données non retenus dans la version définitive du PCS 2004-2007 mais jugés nécessaires à la réalisation du mandat régional de surveillance. Cette consultation a permis de rassembler l'information au regard des principales productions de la DRSP envisagées d'ici 2007, en lien avec le mandat de surveillance.

Au 31 mars 2006, le document synthèse présentant le Plan régional de surveillance 2004-2007 de la DRSP était à finaliser. Une demande a été déposée au Comité d'éthique de santé publique (CESP) à l'effet d'inclure une base de données non prévue au PCS et permettant le recueil de données régionales sur les interruptions volontaires de grossesses pratiquées sur le territoire de la Capitale-Nationale auprès des adolescentes de la région.

Par ailleurs, des publications en lien avec le mandat de surveillance ont été réalisées concernant les principaux résultats de L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2003 dans la région et le Rapport annuel 2005 pour les maladies à déclarations obligatoires.

ATTENTES ADMINISTRATIVES RÉGIONALES INCLUSES DANS L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ 2005-2006

Objectif :	**Assurer l'implantation du 0.5.30 COMBINAISON PRÉVENTION auprès du milieu scolaire, du milieu municipal, des établissements de santé et de services sociaux et d'autres milieux, en les accompagnant pour améliorer les conditions favorables aux saines habitudes de vie ainsi que les pratiques professionnelles des différents intervenants de la santé concernés.**
Résultat attendu :	Assurer une offre de service à 40 % des établissements scolaires et transmettre à l'Agence le nombre d'établissements scolaires joints. Assurer une offre de service au milieu municipal et transmettre à l'Agence le nombre de milieux municipaux joints. Assurer une offre de service aux établissements de santé et de services sociaux prioritairement les CSSS et transmettre à l'Agence le nombre d'établissements et d'employés joints pour l'intervention brève.

Au 31 mars 2006, les quatre CSSS poursuivaient l'actualisation du programme 0.5.30 COMBINAISON PRÉVENTION.

Volet actions éducatives

Dans les écoles, le contexte de négociations provinciales et les moyens de pression du personnel du milieu scolaire ont ralenti les activités. Le travail a consisté à maintenir l'offre de service auprès des employés et employeurs des écoles déjà joints, aucune nouvelle école ne s'étant ajoutée. Les cinq commissions scolaires ont maintenu leur engagement au programme et 41 % (71) des écoles ont poursuivi leur démarche d'implantation du programme. Par ailleurs, les jeunes sont déjà joints par les autres programmes : ISO-ACTIF, Chaque jour Moi j'croque 5 fruits et légumes, Bien dans sa tête bien dans sa peau, Mission TNT-06, La gang allumée, Plaisir d'hiver, etc.

Pour ce qui est des CSSS, ne pouvant intervenir dans les écoles, chacun s'est engagé dans la promotion du 0.5.30 COMBINAISON PRÉVENTION auprès de leurs employés. L'implantation du programme a été initiée dans 17 points de service répartis dans les quatre CSSS. Par ailleurs, chacun poursuit l'introduction du «counseling» bref en continuité des activités amorcées l'année dernière.

Du côté des médecins en cabinets privés, à ce jour, 87 cliniques sur 99 ont été visitées par le délégué médical et 329 médecins en cabinets privés ont eu au moins une visite du délégué médical. Des ateliers interactifs, au nombre de 17 et d'une durée d'une heure, ont été offerts sur le thème de l'activité physique dans 14 cliniques rejoignant ainsi plus de 137 médecins. Un atelier sur la cessation tabagique et la fumée de tabac dans l'environnement (FTE) a été offert à 11 médecins dans une clinique.

Enfin, la Ville de Québec et ses huit arrondissements ont participé aux Rendez-Vous Actifs, à la campagne Marche, à la Journée nationale du sport et de l'activité physique, à Plaisirs d'hiver et au DÉFI 5/30. De plus, 26 écoles ont participé à la campagne Marche ainsi que la Ville de Neuville, 28 points de service en santé et services sociaux, six ministères provinciaux, six clubs de marche, la SSQ Vie, le Réseau de transport de la Capitale (RTC) et quelques autres milieux privés. Les municipalités de la Baie, Saint-Raymond et Stoneham ont également participé aux Journées Actives. Enfin, 26 municipalités, réparties sur les six MRC du territoire, ont participé à Plaisirs d'hiver.

Volet actions environnementales

Afin de soutenir les actions environnementales, une démarche de mobilisation régionale et locale sur les saines habitudes de vie, le poids et la santé a été initiée dans la région. Cette mobilisation a réuni une vingtaine de partenaires qui ont convenu de six cibles, soit les déplacements actifs et sécuritaires, l'animation et l'aménagement des aires de jeux municipales, scolaires, communautaires et des centres de la petite enfance (CPE), l'offre alimentaire, l'absence de fumée de tabac dans l'environnement, la formation/évaluation/recherche et la promotion/action politique/marketing social. Six groupes de travail ayant le mandat de préparer une proposition de plan d'action ont été formés.

Objectif :	**Améliorer le fonctionnement du Centre de dépistage désigné (CDD).** **Augmenter le taux de participation des femmes au programme.**
Résultat attendu :	Élargir les projets déjà en place de mobilisation/sensibilisation des femmes. Participation de 901 femmes de 50 à 69 ans dans Charlevoix. Rétablir la proportion de mammographies de dépistage au niveau de l'année 2003-2004, soit 70 % des mammographies réalisées au point de service de Baie-Saint-Paul dans Charlevoix. Réduire significativement le taux de refus de participation des femmes au point de service de Baie-Saint-Paul. Réduire le délai d'accès à la mammographie de dépistage. Produire, pour l'Agence, les données sur le volume d'activité de dépistage et d'investigation par code d'actes et sur le nombre de femmes desservies dans le cadre du dépistage, et ce, à la fin de la 6e et de la 13e période.

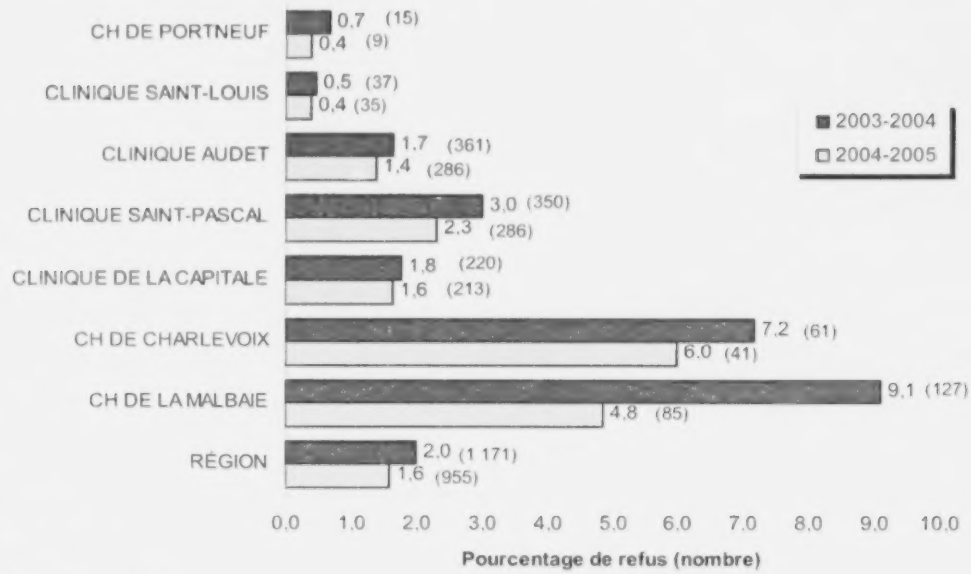
Concernant l'extension des projets de mobilisation/sensibilisation, l'objectif n'a pas été atteint sur le territoire du CSSS de la Vieille-Capitale, les activités réalisées s'étant limitées au district Basse-Ville-Limoilou-Vanier. Toutefois, les responsables des services courants de cet établissement confirment leur volonté d'accorder des ressources (une journée/semaine d'infirmière) et une priorité à la constitution d'un comité de gestion d'un projet local de sensibilisation/mobilisation communautaire dès le début de l'année financière 2006-2007. Du côté du territoire du CSSS de Québec-Nord, une intervenante a été identifiée au district La Source pour faire la promotion du programme et cette dernière participe au comité de gestion du projet local Orléans.

En ce qui a trait à la participation des femmes au programme dans le secteur de Charlevoix, 52,1 % des 4 220 femmes admissibles au programme y ont participé en 2004-2005. Le taux de participation pour ce territoire a augmenté de 0,7 %, soit 184 femmes de plus par rapport à l'année 2003-2004.

Afin de rencontrer l'objectif du programme, le centre de dépistage de Charlevoix a, en cours d'année, rétabli la proportion de mammographies de dépistage sur l'ensemble des mammographies réalisées (de dépistage et de diagnostic). La proportion des mammographies de dépistage en 2005-2006 s'établit à 72 % au point de service de La Malbaie et à 73 % à celui de Baie-Saint-Paul (CH de Charlevoix). Les femmes de ce territoire peuvent ainsi mieux se prévaloir des services offerts par le programme de dépistage.

Bien que la majorité des femmes acceptent de participer au programme (98,4 %), un certain nombre d'entre elles passent une mammographie de dépistage mais refusent de participer au programme. Le pourcentage de refus a diminué dans tous les centres de la région. Toutefois, plus de femmes refusent dans les centres de dépistage de Charlevoix et de La Malbaie, mais il s'agit d'un très petit nombre. Le tableau suivant fait état de la situation pour chaque centre de dépistage. Le nombre de refus étant relativement faible, les données sont présentées pour deux années agrégées.

Figure 1 Pourcentage de refus de participer au PQDCS selon le centre de dépistage, région de la Capitale-Nationale, 2003-2004 et 2004-2005



Source : SI-PQDCS

Le délai d'accès à la mammographie de dépistage au centre de dépistage de Portneuf est d'environ 50 jours pour l'année 2005 et cette situation se maintient depuis l'année 2004. Ce délai dépasse de 20 jours la norme du programme établie à 30 jours. Le départ de technologues conjugué à la pénurie provinciale de technologues en mammographie explique la difficulté à diminuer le délai moyen d'attente. L'établissement s'est engagé à mettre en œuvre des moyens pour arriver à diminuer l'attente en 2006-2007. Par ailleurs, il faut souligner que le nombre absolu de femmes ayant obtenu une mammographie de dépistage est en augmentation depuis 2003 dans Portneuf.

Afin de suivre les activités du programme, les centres publics du programme devaient transmettre à l'Agence les données requises deux fois par année. Dans le cadre de leur reddition de compte annuelle à la fin de l'année financière, ils ont transmis, conformément à la demande de l'Agence, les données sur le volume d'activité de dépistage et d'investigation par code d'actes et sur le nombre de femmes desservies dans le cadre du dépistage, et ce, à la fin de la 13e période. Toutefois, ils ne l'ont pas fait à la période 6, la collecte manuelle n'étant pas en place à ce moment. Cette lacune sera corrigée en 2006-2007.

Objectif :	Assurer l'implantation de l'intervention globale et concertée de promotion et prévention à partir de l'école « École en santé ».
Résultat attendu :	Implanter le programme dans au moins 2 écoles.

L'approche « École en santé » découle d'orientations présentées dans le Programme national de santé publique 2003-2012 et le Plan d'action régional 2004-2007 de la Direction régionale de santé publique (DRSP). Elle convie les acteurs des réseaux de la santé et des services sociaux et ceux de l'éducation à unir leurs forces afin de maximiser l'impact de la prévention et de la promotion de la santé auprès des jeunes et de leurs milieux de vie : école, famille, communauté. Cette innovation invite à se pencher sur six facteurs clés ayant démontré leurs liens autant avec la santé et le bien-être qu'avec la réussite éducative des jeunes. Quatre facteurs s'avèrent individuels : l'estime de soi, la compétence sociale, les habitudes de vie, les comportements sains et sécuritaires. Les deux autres facteurs regroupent l'environnement scolaire, familial et communautaire ainsi que les services préventifs.

La région de la Capitale-Nationale étant à ses débuts dans le déploiement de l'approche, les répondants régionaux de la Direction régionale du ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (DRMELS) et de la DRSP ont été actifs, soutenus par les deux ministères. Dans ce dossier, la DRSP agit comme coresponsable avec la DRMELS tel qu'il est proposé par le modèle national, tout en jouant un rôle de planification, de coordination et de suivi.

Bien que les efforts fournis tant par les instances régionales que locales des deux réseaux ont été constants, l'atteinte du résultat au 31 mars 2006 n'a pas été possible. La région, comme partout au Québec, a vécu quelques grandes difficultés qui expliquent cette situation. Dès mai 2005, les enseignants se sont mis à déployer des moyens de pression ne facilitant en rien l'entrée de nouveautés dans les écoles. En janvier 2006, plusieurs directions d'école ont décrété qu'il n'y aurait aucun nouveau comité formé jusqu'à la prochaine année scolaire. De plus, quelques accompagnateurs des commissions scolaires ont été identifiés tardivement. Il n'y a donc pas eu d'espace pour l'implantation de l'approche « École en santé ». Cette année a été qualifiée de faux départ. Toutefois, ces douze mois ont été riches en apprivoisements mutuels et en préparations diverses de la part des acteurs concernés des paliers régional et local. La popularité du concept d'« École en santé » est indéniable et plusieurs écoles ont manifesté leur désir de s'y engager. La prochaine année promet une véritable implantation.

Objectif :	**Assurer l'implantation du volet « Environnements favorables » du SIPPE.**
Résultat attendu :	Transmettre à l'Agence le nombre et le type d'actions ou projets.

Les Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) visent à diminuer la transmission intergénérationnelle des problèmes de santé et sociaux, dont l'abus et la négligence. Ils visent aussi à maximiser le potentiel de santé et de bien-être des mères, des pères, des bébés à naître et des enfants de 0-5 ans vivant en situation de vulnérabilité. Les SIPPE font partie des priorités du Programme national de santé publique et des activités de la cible 1 du Plan d'action régional en santé publique 2004-2007 de la région : favoriser le développement optimal des enfants de moins de 6 ans vivant dans un contexte de vulnérabilité en raison notamment de la pauvreté, du bas niveau de scolarité, du jeune âge des parents ou de problèmes particuliers. Ces services sont donnés par les CSSS. Dans la région, une équipe de professionnelles dont une répondante régionale assurant la coordination, a le mandat de soutenir les CSSS dans la planification et l'organisation des services des SIPPE. La composante «Soutien à la création d'environnements favorables» réfère au besoin des enfants de vivre dans des environnements sains pour que leur développement soit optimal. De même, leurs parents, afin d'exercer leur rôle parental et de réaliser leur projet de vie, doivent vivre dans des conditions favorables.

On note une importante diversité des activités et des projets réalisés depuis le début des SIPPE dans la région. Deux raisons peuvent l'expliquer. Tout d'abord, les réalités locales teintent les besoins des familles de même que les activités et projets qui en découlent. De plus, la définition du concept d'environnement favorable laisse place à l'interprétation, il n'y a donc pas de consensus sur ce qui y est inclus ou exclu. Pour remédier à cette difficulté, la Direction régionale de santé publique se propose d'identifier des principes directeurs visant à rendre plus opérationnel le concept et ainsi faciliter le déploiement de cette composante des SIPPE.

Par ailleurs, l'importance d'un lieu de concertation intersectorielle, qu'il soit formel ou non, est démontrée dans la littérature, principalement pour les problèmes complexes telles les situations de pauvreté et de vulnérabilité vécues par les familles ciblées par les SIPPE. La concertation intersectorielle permet d'avoir une vision plus large et plus diversifiée des besoins et des solutions, tout en mettant en commun les ressources de chacun. L'implication des familles à toutes les étapes du déploiement du soutien à la création d'environnements favorables est un défi considérable, compte tenu qu'elles vivent des difficultés diverses, et peuvent ne pas se sentir à l'aise dans un mode de fonctionnement aussi formel que les tables intersectorielles.

Objectif :	Augmenter de 20 % le nombre de doses administrées aux enfants de 6 à 23 mois dans les cliniques de vaccination de base et offrir des cliniques de vaccination spéciales pour augmenter l'accessibilité.
Résultat attendu :	Transmettre à l'Agence, pour le 28 février 2006, le nombre de premières et de deuxièmes doses administrées aux enfants de 6 à 23 mois.

L'objectif de cette attente administrative était d'augmenter la couverture vaccinale des enfants de 6 à 23 mois contre l'influenza, pour cette première année officielle du programme, en allouant une somme de 7 $ par dose administrée par nos partenaires CSSS. Les objectifs du taux de couverture variaient de 20 à 25 % d'enfants à rejoindre selon les CSSS.

Le nombre de doses a augmenté de 13 % en 2005-2006, soit 284 doses de plus qu'en 2004-2005 (2 188 doses), pour un total de 2 472. La trajectoire de services étant en expérimentation en 2005-2006, des stratégies plus efficaces seront développées en 2006-2007 afin de rejoindre les enfants à l'intérieur du calendrier régulier de vaccination.

Objectif :	Préparer un plan de vaccination de masse qui s'inscrit dans le plan de pandémie local (2005-2006).
Résultat attendu :	Disponibilité du plan de vaccination de masse conforme au mandat déposé aux répondants locaux de santé publique et adapté à la réalité territoriale pour le 31 mars 2006.

L'échéancier du Ministère sur la réalisation des plans régionaux de lutte contre la pandémie a été reporté au 31 mai 2006. Conséquemment, la réalisation des plans locaux de pandémie, dont une des activités est la définition d'un plan de vaccination de masse, a été reportée au 31 octobre 2006. Cependant, un projet de démonstration régional a eu lieu au CSSS de la Vieille-Capitale et a permis d'expérimenter et de bonifier un modèle de vaccination de masse. Plus de 5 000 personnes ont été jointes en deux jours. Un rapport conjoint de la Direction régionale de santé publique (DRSP) et du CSSS de la Vieille-Capitale sur l'évaluation de cette opération a été produit et servira de référence pour les autres CSSS de la région et même ceux des autres régions du Québec.

Objectif :	Implantation d'un programme de prévention des chutes (volet multifactoriel personnalisé du continuum de services en prévention des chutes) auprès des aînés consistant à procéder au dépistage des facteurs de risque de chute auprès des personnes inscrites au programme de soutien à domicile (SAD) des CSSS et à réaliser les interventions selon les problèmes retrouvés.
Résultat attendu :	Le nombre minimal de personnes à rejoindre est de 138.

Pour le volet multifactoriel personnalisé au CSSS de la Vieille-Capitale, 31 personnes âgées du programme de soutien à domicile (SAD) ont été inscrites aux interventions multifactorielles personnalisées. Pour ce qui est des autres CSSS, le programme était en implantation. Ainsi, les gestionnaires, les intervenants des programmes SAD et la Direction régionale de santé publique (DRSP) se sont concentrés sur la planification et l'adaptation du programme cadre. De plus, des activités de formation ont été réalisées auprès des intervenants du SAD et des médecins.

2.2.2 DIRECTION RÉGIONALE DES AFFAIRES MÉDICALES, UNIVERSITAIRES ET DE LA SANTÉ PHYSIQUE

ATTENTES ADMINISTRATIVES 2005-2006

1. Mesures d'urgence et veille sanitaire des maladies infectieuses

1.1 Élaboration d'un plan régional d'intervention en cas de pandémie de l'influenza

Résultat visé au 31 décembre 2005 :	Avoir élaboré un plan régional d'intervention en cas de pandémie de l'influenza.

Évaluation de l'atteinte du résultat

Bien que le Plan ministériel de lutte contre la pandémie d'influenza (PMPI) ait été déposé tard dans l'année (mars 2006), l'Agence a fait adopter son Plan régional de sécurité civile sociosanitaire (PRéSCiS) le 2 novembre 2005. Ce plan constitue la base du Plan régional contre une pandémie d'influenza (PRPI). On y trouve les orientations quant aux cinq volets prévus pour la mission santé, soit le maintien des activités, la santé physique, la santé publique, le volet psychosocial et les communications.

Pour ce qui est du PRPI, la Direction régionale de santé publique (DRSP) a élaboré et déposé les orientations pour le volet santé publique. De plus, une clinique de vaccination massive a été expérimentée en collaboration avec un centre de santé et de services sociaux du territoire.

Pour les autres volets, l'Agence a amorcé les travaux en collaboration avec le Ministère et des rencontres d'information et de sensibilisation se sont tenues avec les directeurs généraux et les coordonnateurs locaux de sécurité civile des établissements de la région. De plus, nos partenaires de l'organisation régionale et municipale de sécurité civile ont été informés.

Enfin, l'Agence a participé à l'expérimentation du déploiement de lits d'hospitalisation dans un lieu où ne sont normalement pas dispensés des soins de santé. Un rapport a été produit et déposé au Ministère. La trajectoire régionale de la clientèle atteinte de l'influenza a été déterminée dans le cadre de cette expérimentation.

Le dépôt final du PRPI est prévu au printemps 2006.

2. Gestion des risques reliés à l'hémovigilance et à la thérapeutique

2.1 Optimisation de la sécurité de la transfusion sanguine

Résultat visé au 31 mars 2006 :	S'assurer que 100 % des établissements aient adopté un protocole d'utilisation des immunoglobulines intraveineuses (IgIV).

Évaluation de l'atteinte du résultat

La démarche pour l'adoption d'un protocole d'utilisation des immunoglobulines est amorcée dans chaque établissement. La cueillette d'information auprès des médecins utilisateurs est effectuée par le biais du comité de médecine transfusionnelle. La rédaction et l'adoption d'un protocole est dépendant du temps de réponse des médecins utilisateurs. Les chargés de sécurité transfusionnelle des établissements concernés espèrent atteindre l'objectif pour l'été 2006.

Résultat visé au 31 mars 2006 :	S'assurer que 100 % des établissements désignés et associés aient transmis leurs données d'utilisation des produits et que 100 % des centres affiliés aient signé une entente avec un centre hospitalier (CH) désigné ou associé.

Évaluation de l'atteinte du résultat

Seulement un centre associé n'est pas à jour dans la transmission des données au 31 mars 2006. Cette situation est reliée à un manque de ressources.

Aucun centre affilié n'a signé d'entente avec le centre désigné ou associé au 31 mars 2006. Nous devrons éclaircir cette situation au cours des prochains mois.

Résultat visé au 31 mars 2006 :	S'assurer que 100 % des établissements désignés et associés aient mis en place les cinq activités pour le maintien du SIIATH, tel qu'il a été prévu dans le cadre de gestion des ressources informationnelles du système du sang.

Évaluation de l'atteinte du résultat

Les activités pour le maintien du SIIATH sont en place dans tous les établissements.

Résultat visé au 31 mars 2006 :	Indiquer les axes prioritaires réalisés en conformité avec le plan d'action régional.

Évaluation de l'atteinte du résultat

Le Plan d'action de lutte contre le cancer 2004-2007 «Ensemble pour la personne atteinte de cancer» couvre les différentes dimensions de la prévention/promotion aux soins palliatifs.

Pour ce qui est du dépistage du cancer du sein, chacun des territoires des CSSS offre maintenant des activités de sensibilisation-mobilisation des femmes afin de promouvoir sa participation au dépistage. De plus, environ 150 médecins de famille ont reçu une formation adaptée sur le cancer du sein et les pratiques préventives en détection précoce. Un important résultat visé est le maintien de la qualité des services. À cet effet, les différents centres de dépistage du programme ont maintenu en cours d'année leur accréditation et chacun des radiologistes, avec la réception d'un rapport personnalisé sur ses activités dans le programme, a pu revoir sa pratique. Pour le centre de référence pour investigation, un projet de démonstration est en cours sur la révision des pratiques interdisciplinaires.

En ce qui a trait plus généralement à l'organisation des services, deux équipes suprarégionales supplémentaires (cancers pédiatriques et cancers cutanés), offrant des services de base, spécialisés et surspécialisés pour un siège tumoral spécifique, ont obtenu une reconnaissance provisoire par le Ministère. Deux équipes locales en oncologie (CSSS de Charlevoix et CSSS de Portneuf), offrant des services de base, ont également obtenu une reconnaissance provisoire. Compte tenu de la responsabilité conjointe des CSSS et des centres hospitaliers, ces établissements sont à définir et à implanter un modèle d'équipe locale en conformité tant avec les responsabilités dévolues à une

équipe locale dans le programme de lutte contre le cancer qu'avec le modèle d'organisation des services retenu au plan régional.

Pour favoriser l'intégration des services cliniques, quatorze infirmières pivots sont en place dans l'ensemble des équipes et des responsables médico-administratifs sont identifiés. De plus, un intervenant psychosocial est disponible dans douze des quatorze équipes. Les services de tomographie par émission de positrons (TEP) augmenteront également l'accès aux services en facilitant notamment le diagnostic. Enfin, un projet de développement de radiologie stéréotaxique pour la desserte du RUIS-Laval a été inscrit dans le processus d'adoption ministérielle et de priorisation régionale des équipements.

Les activités de prévention/promotion et les soins palliatifs, qui font partie intégrante du Plan d'action sur la lutte contre le cancer, sont traités dans la section des « Préoccupations ministérielles additionnelles ».

Résultat visé au 31 mars 2006 :	Présenter le modèle d'organisation de son territoire et s'assurer que l'établissement désigné mette en place, durant l'année suivant la visite d'évaluation, les recommandations soumises.

Évaluation de l'atteinte du résultat

Comme prévu au plan d'action régional sur la lutte contre le cancer, le modèle régional d'organisation des services a été déposé au Ministère. Celui-ci prévoit une responsabilité conjointe des CSSS et des CH pour la dispensation des services attendus des équipes locales en oncologie et ces derniers travaillent actuellement de pair pour la mise en place des équipes.

À la fin de l'année, les équipes assumant les responsabilités locales, régionales et suprarégionales pour un siège tumoral spécifique étaient à finaliser leur mode d'organisation et la préparation des visites d'évaluation par l'équipe ministérielle. Une équipe locale, celle du CSSS de Charlevoix, a déjà accueilli une visite d'évaluation en février. Le suivi des recommandations est en cours.

Pour la région de la Capitale-Nationale, le modèle d'organisation des équipes en oncologie présente les défis suivants : l'harmonisation entre le modèle d'organisation des services intégrés retenu pour la région et l'organisation des services offerts par les équipes locales, la modification des pratiques organisationnelles et la reconnaissance d'équipes locales qui transcendent les établissements, le passage d'un fonctionnement professionnel individuel à un fonctionnement en interdisciplinarité et enfin, le développement de liens fonctionnels entre les équipes desservant un même siège tumoral.

Résultat visé au 31 mars 2006 :	Fournir le modèle d'organisation des services par territoire de RUIS et en informer le Ministère en vue d'une désignation.

Évaluation de l'atteinte du résultat

En conformité avec le plan d'action régional, les équipes interdisciplinaires suprarégionales pour les sièges tumoraux du sein et musculosquelettique ont été désignées. L'équipe en oncologie du sein à l'Hôpital du Saint-Sacrement du CHA et l'équipe en oncologie musculosquelettique à L'Hôtel-Dieu de Québec du CHUQ ont obtenu une reconnaissance provisoire jusqu'à l'évaluation ministérielle des équipes en oncologie, prévue à l'automne 2006. Un mandat spécifique qui respecte la proposition sur l'organisation académique des services médicaux des établissements membres du RUIS de l'université Laval (avril 2004) leur a été donné. Les responsables médicaux administratifs et un intervenant psychosocial ont été nommés et des postes d'infirmières pivots ont été octroyés à chacune de ces équipes.

Aucune reconnaissance spécifique n'est prévue en cancer de l'œil, le traitement de ce type de cancer étant déjà intégré à l'équipe traitant la zone ORL.

Résultat visé au 31 mars 2006 :	Préciser les ententes intervenues entre les établissements concernés en oncologie pédiatrique.

Évaluation de l'atteinte du résultat

Dans la région de la Capitale-Nationale, les enfants, les jeunes et leurs parents ont accès à des services d'oncologie pédiatrique au Centre mère-enfant du CHUQ.

En conformité avec le plan d'action régional, une reconnaissance provisoire a été octroyée à une équipe interdisciplinaire suprarégionale en oncologie pédiatrique au CHUQ (CHUL). Un mandat spécifique lui a été défini, qui respecte la proposition sur l'organisation académique des services médicaux des établissements membres du RUIS de l'Université Laval (avril 2004).

Les responsables médicaux-administratifs et un intervenant psychosocial ont été nommés, un poste d'infirmière pivot a été octroyé à cette équipe. Elle est inscrite dans le processus ministériel d'évaluation des équipes en oncologie, dont la visite est prévue en novembre 2006.

Résultat visé au 31 mars 2006 :	Développer un plan d'action régional pour les activités de chirurgie.

Évaluation de l'atteinte du résultat

En regard de l'amélioration de l'efficacité et de l'efficience globale des services chirurgicaux et dans le contexte de réorganisation de ces services, voici les actions prises et les résultats à ce jour.

En ce qui concerne les listes d'attente en chirurgie, une demande a été adressée à tous les établissements de la région de la Capitale-Nationale afin de procéder à l'épuration des listes pour février 2006. Grâce à ce travail, l'élimination des doublons, des patients opérés, de la clientèle n'ayant plus besoin de chirurgie, nous avons pu améliorer la qualité de nos listes d'attente. Ainsi, les temps d'attente ont diminué pour plusieurs spécialités. Par la suite, nous avons tablé sur les procédures ciblées, c'est-à-dire les PTH, PTG, cataractes afin que les patients ayant un temps d'attente de plus de six mois soient pris en charge et reçoivent une date pour leur chirurgie avant le 1er avril 2006. Le CHA a réalisé cette demande pour la PTH, PTG mais non pour la cataracte. Quant au CHUQ, il a atteint partiellement l'objectif.

La participation au comité de travail au Ministère sur les mécanismes de garantie d'accès aux services dans le cadre du projet de loi 33 (*Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux*) nous a permis, peut-être avant les autres régions, de faire un travail préparatoire à cette loi avec les établissements. Ainsi, une approche régionale est en cours pour mettre en place le suivi rigoureux des listes d'attente et des interventions chirurgicales hors délais.

Résultat visé au 31 mars 2006 :	Assurer le suivi en cours d'année; la révision et l'adaptation des offres de service locale et régionale; assurer la réallocation selon l'atteinte des objectifs ou le changement des cibles en cours d'année; épurer les listes d'attente et faire remplir adéquatement les formulaires de collecte des listes d'attente.

Évaluation de l'atteinte du résultat

L'attention a été portée sur la qualité des données concernant l'attente dans le secteur de la cardiologie tertiaire et des indicateurs associés dans l'entente de gestion et d'imputabilité : pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en hémodynamie, en chirurgie cardiaque et en électrophysiologie. Les résultats en cours d'année ont fait l'objet de suivis rigoureux et l'analyse des écarts au regard de la performance attendue a donné lieu à des recommandations d'actions correctives destinées aux CH. Ces actions touchaient autant la performance clinique (mise en place de corridors de services et recommandations face aux différentes pénuries d'effectifs) que la qualité des données fournies par le Système de gestion de l'accès aux services (SGAS). Les recommandations de l'Agence ont été communiquées au Ministère (Réseau québécois de cardiologie tertiaire).

Les actions posées au cours de l'année ont donné lieu à une certaine amélioration de la situation, tant au plan de la performance clinique qu'au plan de la qualité de la donnée.

La non-atteinte du niveau de performance visé a nécessité qu'un établissement mette en place un plan d'action mais n'a pas requis de révision de l'offre de service.

Quant à la performance régionale observée en cardiologie tertiaire, elle est légèrement inférieure aux niveaux escomptés parce qu'il y a eu un ralentissement des activités causé par un manque d'effectif infirmier et d'anesthésiologiste. Par ailleurs, la qualité des données encore incertaine des rapports du SGAS induit des données inadéquates.

PRÉOCCUPATIONS MINISTÉRIELLES ADDITIONNELLES

Conformément à la priorité nationale, la région de la Capitale-Nationale s'est donnée le mandat de consolider la fonction d'assurance qualité (AQ) du Programme québécois de dépistage du cancer du sein. Les activités réalisées comprennent : la production d'un rapport personnalisé à chaque radiologiste concernant sa performance et l'animation du Comité régional d'assurance qualité (CRAQ); le traitement des données disponibles sur l'investigation (c'est-à-dire les examens complémentaires à la suite d'une mammographie interprétée comme étant anormale); la poursuite du projet de démonstration sur la révision des pratiques en centres de référence pour investigation désignés (CRID); le maintien du processus d'accréditation des centres.

Parmi les activités prévues, les sessions régulières de discussion de cas par le CRID n'ont pu être tenues du fait de la non-disponibilité des médecins. Toutefois, l'ensemble des médecins des centres de dépistage désignés (CDD) et CRID du PQDCS démontrent un grand intérêt pour les activités d'assurance qualité dans la région et les résultats acheminés sont bien reçus. Des efforts sont consentis pour favoriser le développement d'indicateurs et la révision des pratiques de l'équipe interdisciplinaire du CRID.

Un comité régional de soins palliatifs, composé de cliniciens interdisciplinaires représentant chacun des établissements impliqués en soins palliatifs et de gestionnaires délégués par chaque CSSS, est à l'œuvre dans la région de la Capitale-Nationale. Son rôle est de planifier et d'assurer la mise en œuvre des orientations régionales et provinciales en matière de soins palliatifs. Un plan d'action régional en matière de soins palliatifs est inclus au plan d'action 2004-2007 du Programme de lutte pour le cancer.

En 2005-2006, la région dispose d'un état de situation régional sur les services en soins palliatifs en 1re ligne; la population a accès à des équipes de soins palliatifs en CSSS dans chacun des territoires, à des services de garde médicale 24/7 en soins palliatifs dans sept des huit secteurs des CSSS et à de la médication en 24/7 dans cinq points de service de la région. De la formation sur la collaboration interprofessionnelle centrée sur le patient (interdisciplinarité) a bénéficié à 70 intervenants en soins palliatifs et trois équipes participent à un projet de recherche sur la formation interprofessionnelle. Un milieu de stage en soins palliatifs pour les infirmières auxiliaires est désormais disponible. Trois lits en soins palliatifs pour les clientèles ayant un pronostic de vie de plus de deux mois requérant des services d'hébergement sont accessibles. Enfin, un gestionnaire imputable en soins palliatifs a été identifié dans chacun des CSSS et CH.

Évaluation initiale au triage dans les urgences

L'échelle canadienne de triage et de gravité pour les départements d'urgence (ETG) ainsi que le Guide de gestion des urgences recommandent que l'évaluation initiale des patients qui se présentent à l'urgence soit faite avant l'inscription. L'objectif premier du triage étant d'assurer l'évaluation des patients dès leur arrivée, les temps d'attente avant le triage doivent être systématiquement surveillés. Idéalement, aucune attente ne devrait être tolérée. L'infirmière doit être disponible en tout temps et des mécanismes de soutien doivent être immédiatement disponibles lors de période de grand achalandage. Le temps d'attente pour être évalué ne doit pas excéder 10 minutes.

Présentement, dans la région, le mécanisme de triage selon l'ETG est implanté partout. Cependant, le triage avant l'enregistrement n'est pas appliqué. Le temps moyen d'attente avant le triage se situe entre 0 et 15 minutes. L'Agence a procédé à une vérification et effectuera un rappel aux établissements quant aux règles à respecter lors du triage.

Poursuite de l'implantation de SIGDU dans les salles d'urgence

L'Agence doit procéder, à la demande du Ministère, à l'implantation du Système d'information de gestion des urgences (SIGDU) pour le 31 mars 2007, afin de respecter le nouveau cadre normatif, version 2.1. Présentement dans la région, trois établissements (le CHUQ, le CHA et l'Hôpital Laval) bénéficient déjà d'un système d'information de gestion des départements d'urgence (SIURGE). Avec l'implantation du SIGDU, les autres établissements, soit les CSSS et l'Hôpital Jeffery-Hale, bénéficieront à leur tour d'un système accrédité.

À la fin de l'année, l'état d'avancement du projet d'implantation du SIGDU rencontrait son échéancier. L'appel d'offres pour les soumissionnaires était sur le point d'être lancé. Le plan de formation pour les pilotes du système d'information des établissements était en préparation afin qu'elle soit donnée en septembre 2006.

Dans la région de la Capitale-Nationale, la plupart des établissements hospitaliers n'ont pas de politique qui encadre les pratiques de décontamination, de nettoyage, de stérilisation et d'entreposage des différents endoscopes flexibles et rigides. Les normes recommandées par les différentes associations professionnelles (Association Canadienne des infirmières en salle d'opération), par les compagnies qui vendent les endoscopes et par Santé Canada servent de guides de référence. Chaque CH développe sa procédure et l'adapte bien souvent à ses besoins.

L'Agence, dans un but de sensibilisation, a fait parvenir aux établissements un document d'information ainsi qu'un questionnaire sur les pratiques existantes dans leur milieu quant aux conditions de stérilisation des endoscopes flexibles. À la suite de l'évaluation des questionnaires, des travaux régionaux seront réalisés à compter de l'automne 2006 afin de jeter les premiers jalons d'une politique de stérilisation qui serait inspirée des recommandations de la Direction des produits thérapeutiques de Santé Canada. Toutefois, dans le cadre d'une tournée ministérielle provinciale de certains établissements visant à produire un état de situation, le Centre hospitalier Saint-Joseph de La Malbaie a reçu des recommandations spécifiques.

L'Agence et les principaux partenaires impliqués auprès de la clientèle atteinte de MPOC ont convenu d'une organisation régionale des services visant à augmenter la continuité des services pour les personnes atteintes. L'année 2005-2006 a été consacrée à la mise en place des diverses composantes de cette organisation : services de suivi et de soutien des personnes vivant à domicile, cliniques spécialisées en milieux hospitaliers, services de réadaptation physique intensive et de réadaptation multifactorielle (Programme de réadaptation à l'intention des personnes atteintes des maladies chroniques (Traité santé)).

De plus, chacun des CSSS a développé un projet clinique MPOC dont la cible prioritaire est la mise en place des éléments de la trajectoire régionale de services. Un outil visant à faciliter la transmission des informations cliniques entre les établissements (demande de services interétablissements (DSIE)) a été développé. Enfin, une formation sur l'intervention auprès de personnes atteintes de MPOC a été donnée à plus de 240 intervenants des CSSS, CH et CHSLD.

Pour les clientèles atteintes de maladies cardiaques et de diabète, le Programme de réadaptation à l'intention des personnes atteintes de maladies chroniques (Traité santé) s'est poursuivi dans chacun des territoires des CSSS. Les objectifs définis pour chacun des territoires sont en voie d'être atteints. Un projet d'évaluation de la mise en œuvre et de certains effets du programme est en élaboration. En 2005-2006 : 1 553 personnes de la région atteintes de maladies cardiaques ou de diabète ont participé au Programme Traité santé, pour un dépassement de 10 % de la cible visée. En plus d'un accompagnement continu, ces personnes ont bénéficié de services d'éducation, de nutrition et pour certains, de services en activités physiques et d'arrêt tabagique.

2.2.3 DIRECTION RÉGIONALE DE LA COORDINATION DES RÉSEAUX LOCAUX, DES SECTEURS SOCIAL ET SANTÉ MENTALE (INCLUANT LES SERVICES MÉDICAUX GÉNÉRAUX)

ATTENTES ADMINISTRATIVES 2005-2006

Résultat visé au 31 mars 2006 :	Mettre en place des réseaux de services intégrés par 50 000 de population lorsque le volume de clientèle ambulatoire le nécessite. Indiquer au Ministère le nombre de réseaux de services médicaux prévus et ceux mis en place.

Évaluation de l'atteinte du résultat

Dans la région, il existe un Réseau d'accessibilité médicale (RAM) depuis près de 10 ans. Les cliniques adhérentes offrent des services sans rendez-vous en heure défavorable (jusqu'à 21 h les soirs de semaine et jusqu'à 13 h les samedi et dimanche). Ce réseau a permis d'offrir, au cours des années, une alternative à la population en ce qui a trait aux consultations non urgentes.

Les cliniques membres du RAM, au nombre de 30 en 1998, se retrouvent aujourd'hui une quinzaine à offrir 73 heures de consultations sans rendez-vous, mais non sans difficulté. Les quinze cliniques assurant le service à l'ensemble de la population assure un ratio de 1 regroupement de médecins pour 50 000 habitants, ce qui est visé dans le cadre des réseaux de services intégrés. Cependant, cette réalité masque une diminution de l'offre médicale totale due à la fois à une diminution des effectifs et à une diminution du nombre d'heures travaillées par médecin. Afin de contrer l'effet de ces deux facteurs, diverses solutions sont envisagées afin d'optimiser le travail clinique des médecins : associer aux équipes médicales des infirmières pour la prise en charge de la clientèle, pour le triage dans un contexte de sans rendez-vous ainsi que pour faciliter la liaison avec toute ressource requise dans le plan de suivi du client. De plus, un soutien technologique permettant une circulation de l'information clinique ainsi que l'aide à la décision clinique s'avèrent incontournables.

De manière plus générale, des travaux ont été réalisés tout au long de l'année en collaboration avec le Département régional de médecine générale (DRMG) et les tables territoriales de médecins pour définir un modèle d'organisation qui correspond aux besoins de la population. Pour l'amélioration de l'accessibilité, certains principes font consensus dont le regroupement ou le partage de l'offre entre les médecins du territoire; une liaison facilitée avec les services de deuxième ligne et les autres ressources requises pour le suivi; un support de triage infirmier efficace; une meilleure responsabilisation de la population à l'utilisation des services de santé. Enfin, les groupes de médecine de famille (GMF) demeurent une orientation à privilégier et des actions se poursuivent dans le but de développer le maximum de groupes sur les quatre territoires de la région.

Résultat visé au 31 mars 2006 :	Indiquer le nombre de GMF implantés selon les conditions déterminées par le Ministère et indiquer la proportion de personnes inscrites dans les GMF implantés.

Évaluation de l'atteinte du résultat

Les GMF sont des regroupements de médecins de famille travaillant en étroite collaboration avec des infirmières afin d'assurer la prise en charge de la clientèle qui s'y inscrit volontairement. Dans la région, treize GMF étaient accrédités à la fin de l'année et trois autres groupes de médecins avaient amorcé les démarches afin de devenir GMF.

Au 31 mars 2006, 109 044 personnes étaient inscrites auprès d'un GMF. Toutefois, bon nombre de clients, bien qu'inscrits à un GMF, n'étaient pas comptabilisés à cause du déploiement informatique non complété. Par ailleurs, trois GMF étaient en préparation.

Les rencontres se poursuivaient avec des groupes de médecins afin de les informer sur les GMF et les supporter, s'il y a lieu, dans leur processus de projet.

Résultat visé au 31 mars 2006 :	Indiquer au Ministère le cheminement d'un client requérant l'accès au plateau technique de biologie ou d'imagerie médicale en suivi à une consultation médicale en horaire défavorable.

Évaluation de l'atteinte du résultat

L'accès au plateau technique de biologie et d'imagerie médicale est opérationnel depuis l'instauration du réseau d'accessibilité médicale (RAM) en 1998. Une entente contractuelle avec le Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ) permet à toutes les cliniques du RAM d'envoyer, en heures défavorables, un client pour une investigation urgente à l'un des deux sites du plateau technique soit le CHUL et l'Hôpital Saint-François d'Assise. La trajectoire est claire et bien connue des médecins qui y ont recours. Par ailleurs, d'autres plateaux techniques existants (en CSSS et en cliniques médicales privées pour les examens) permettent un accès adéquat aux médecins requérants.

Lors de l'actualisation du modèle d'organisation des services de première ligne dans la région, l'accès au plateau technique en heures défavorables sera élargi à tous les regroupements de médecins qui se conformeront à l'entente.

Résultat visé au 31 mars 2006 :	Produire un rapport sur l'état des ententes de service à l'intention des GMF déjà implantés et des cliniques réseaux fonctionnelles et préciser le nombre par regroupement.

Évaluation de l'atteinte du résultat

Tous les GMF accrédités et fonctionnels dans la région de la Capitale-Nationale ont signé une entente de service avec le CSSS de leur territoire visant l'accès aux services infirmiers, aux services de santé et psychosociaux courants ainsi qu'aux autres services dispensés par cet établissement.

Résultat visé au 31 décembre 2005 :	Assurer que les CSSS aient complété et validé la collecte d'information prévue pour l'inventaire des dépenses et des services en santé mentale pour l'ensemble des partenaires. Compléter et valider la collecte d'information prévue au niveau de l'Agence.

Évaluation de l'atteinte du résultat

Il s'agit d'une opération de cueillette de données financières et de données liées aux volumes d'activité menée par le Ministère, auprès de tous les établissements de santé et de services sociaux en lien avec les différentes attentes administratives en santé mentale, tant chez les adultes que chez les enfants.

L'outil de cueillette de données a été remis aux établissements à la fin de février 2006. Ces derniers termineront la saisie des informations sur le système informatique du Ministère en avril 2006. Les données seront validées et transmises officiellement par l'Agence en mai 2006.

Résultat visé au 31 mars 2006 :	Déposer un bilan des résultats de la première année d'implantation du plan d'action et une projection des services prioritaires en 2006-2007.

Évaluation de l'atteinte du résultat

L'organisation des services en santé mentale de la région de la Capitale-Nationale est en transformation dans le but d'atteindre les cibles fixées par le plan d'action en santé mentale. Globalement, nous avons atteint 50 % des cibles prévues pour 2010. Pour chacun des grands objectifs, l'Agence a fait le bilan suivant au 31 mars 2006 :

Évaluation et traitement en première ligne
Les services du psychiatre répondant sont disponibles sur le territoire de Portneuf, Charlevoix et pour l'ouest du territoire de la Ville de Québec. Dans ces trois territoires, les guichets d'accès sont implantés et les délais de 7 jours pour une réponse et de 30 jours pour l'accès au traitement sont généralement respectés. Pour l'est du territoire, les services en santé mentale sont assurés mais le modèle relié aux guichets d'accès et aux psychiatres répondants sera implanté à l'automne 2006.

Évaluation et traitement deuxième ligne
Les délais de réponse dans 14 jours et de traitement dans 60 jours sont généralement respectés. Des mesures plus précises de contrôle seront implantées dans la prochaine année financière.

Hiérarchisation des services
Le plan de mise en œuvre n'a pas encore été déposé par les centres de santé et de services sociaux (CSSS).

Suivi intensif dans la communauté
Le Centre hospitalier Robert-Giffard, via son programme de traitement et de suivi intensif en équipe dans la communauté (PACT), a desservi 70 usagers différents au cours de l'année. La cible du plan d'action en santé mentale est estimée à 70 adultes pour 100 000 habitants.

Soutien d'intensité variable
En 2005-2006, les CSSS ont desservi 405 personnes en moyenne par période, soit 24 % des besoins, ces derniers étant estimés à 250 adultes par 100 000 habitants. Les organismes communautaires, pour leur part, ont desservi 132 personnes en moyenne pour les périodes financières 11 à 13.

Services résidentiels
Le réseau d'hébergement en santé mentale, qui comprend près de 750 places en ressources intermédiaires et de type familial, fait l'objet d'une révision par la mise en relation des besoins des usagers et des cadres de référence, de manière à ajuster les services aux cibles du plan d'action en santé mentale. Ces dernières établissent des normes, quant aux places devant être disponibles, selon les types d'hébergement.

L'intégration au travail
Un poste (ressource professionnelle) dans un organisme communautaire voué à l'intégration au travail a été créé en 2005-2006 et il desservira 30 usagers de plus dans la région.

Résultat visé au 31 mars 2006 :	Indiquer les territoires locaux couverts par des ententes ou des mécanismes de liaison et qui ont accès à des services de crise.

Évaluation de l'atteinte du résultat

Depuis la mise en place des services de crise en 2002, en lien avec la loi traitant de la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elle-même ou pour autrui, l'organisation des services de la région de la Capitale-Nationale s'appuie sur différentes ententes pour rendre accessible l'offre de service de crise, que ce soit en santé mentale, en crise psychosociale ou en crise suicidaire. Par exemple, pour ce qui est des crises psychiatriques, des protocoles d'entente liant les CSSS, l'organisme communautaire PECH (Programme d'encadrement clinique et d'hébergement) et le Centre de crise de Québec sont fonctionnels depuis janvier 2004.

Pour ce qui est plus particulièrement de la crise suicidaire, le Centre de prévention du suicide de Québec (CPS) s'est vu confier, par l'Agence, le mandat d'implanter et de gérer un service intégré de liaison, d'accompagnement et de relance (SILAR) visant l'identification, l'évaluation, la prise en charge et le suivi pour ces personnes. Ce service fera l'objet d'entente liant le CPS, le Centre de crise de Québec et les CSSS de la région.

Résultat visé au 31 décembre 2005 :	Déposer un plan opérationnel triennal décrivant le projet d'organisation de ces services.

Évaluation de l'atteinte du résultat

Au cours des dernières années (de 1996 à aujourd'hui), la responsabilité de programmes complets impliquant des services dans la communauté a été transférée du CHRG vers des organismes communautaires, vers le CRDI et vers les CLSC devenus aujourd'hui des CSSS. L'Agence assure un suivi sur l'intégration de ces services qui s'avère un succès.

Au plan budgétaire, en 2005-2006, une réallocation budgétaire récurrente de 1 M$ a été effectuée du CHRG (à la suite d'une diminution de lits) au profit des services de première ligne. Cette réallocation budgétaire a permis aux CSSS de mettre sur pied une nouvelle trajectoire de services (guichets d'accès) et d'augmenter le nombre d'usagers bénéficiant d'un suivi d'intensité variable dans la communauté.

L'Agence projette d'implanter un modèle de suivi par des intervenants pivots qui permettra aux usagers de garder le même intervenant, qu'ils soient suivis dans la communauté ou en traitement dans un CH. Un comité de travail impliquant tous les partenaires sera mis sur pied au cours du prochain exercice pour réaliser cet objectif.

Enfin, le suivi du programme régional des ressources non institutionnelles en santé mentale s'est poursuivi par un comité de gestion régional composé de représentants des usagers, des parents, du Centre hospitalier Robert-Giffard, des centres de santé et de services sociaux (CSSS), du Centre hospitalier universitaire de Québec et de l'Agence. Le plan d'action 2005-2006 convenu avec l'établissement fiduciaire sur la gestion administrative des services a été réalisé.

4. Vieillissement

4.1 et 4.2 Plan d'action sur le vieillissement

Résultat visé au 31 décembre 2005 :	Développer et proposer un plan d'action permettant d'adapter les interventions et les services à la réalité du vieillissement. Déposer le plan au Ministère.

Évaluation de l'atteinte du résultat

Conformément à la demande du Ministère dans le cadre du Plan d'action ministériel 2005-2010 sur les services aux aînés en perte d'autonomie, l'Agence, de concert avec les CSSS et les CHSLD, a produit et déposé dans l'année un Plan d'action régional sur les services aux aînés en perte d'autonomie pour la région de la Capitale-Nationale 2006-2011.

Le Plan d'action régional contient les différentes mesures à mettre en place pour faire face au vieillissement de la population. Les objectifs poursuivis sont une meilleure intégration des services de santé et des services sociaux aux personnes âgées en perte d'autonomie; la consolidation des programmes et des activités de promotion et de prévention visant à contribuer aux conditions de vie propices au maintien de l'autonomie; l'augmentation des services de soutien à domicile et des services d'évaluation et de réadaptation; l'amélioration de la qualité et de la sécurité dans les milieux de vie des personnes hébergées; un meilleur soutien aux personnes en fin de vie; et un soutien à l'enseignement et à la recherche sur le vieillissement.

5. Services à la jeunesse

5.1 Accroissement de l'intensité des services aux jeunes en difficulté et à leur famille et aux jeunes parents

Résultat visé au 31 mars 2006 :	Démontrer une augmentation de l'intensité des interventions réalisées à l'application des mesures en protection de la jeunesse.

Évaluation de l'atteinte du résultat

L'augmentation de l'intensité des interventions à l'application des mesures en protection de la jeunesse vise spécifiquement à offrir aux familles, dont le signalement est retenu en centre jeunesse, un support dans les meilleurs délais afin d'optimiser l'impact des mesures à mettre en place.

À la réduction de la charge de cas des intervenants correspond une capacité accrue d'augmenter l'intensité des interventions à l'application des mesures. Le Centre jeunesse de Québec (CJQ) a maintenu, tout au long de la présente année, une moyenne de charge de cas correspondant à 18 dossiers/intervenant, alors que cette moyenne s'élevait à environ 20 en 2004-2005. L'objectif poursuivi par l'établissement est de 16 dossiers par intervenant.

Résultat visé au 31 mars 2006 :	Indiquer le nombre de territoires locaux ayant une équipe d'intervention jeunesse.

Évaluation de l'atteinte du résultat

L'équipe intervention jeunesse (EIJ) est une mesure découlant de la stratégie ministérielle d'action pour les jeunes en difficulté et leur famille (2002). L'équipe intervention jeunesse vise à soutenir une offre de service coordonnée et concertée aux jeunes de 0 à 18 ans, et à leur famille, qui présentent des situations complexes et qui sont aux prises avec des difficultés multiples, situations ne correspondant à aucun mandat spécifique de nos établissements. Elle travaille à leur offrir une réponse adéquate en favorisant la collaboration et l'arrimage des dispensateurs de services, en facilitant l'accès aux ressources et en coordonnant les interventions.

Chacun des CSSS de la région compte son EIJ. Les équipes sont déployées pour une période expérimentale de deux ans et l'évaluation des impacts permettra d'identifier les avantages et les ajustements requis par le modèle actuel.

Résultat visé au 31 mars 2006 :	Indiquer le nombre d'ententes de service portant sur la supervision des droits d'accès qui auront été conclues au cours de l'année.

Évaluation de l'atteinte du résultat

Les services de Supervision des droits d'accès (SDA) s'adressent à toutes situations où, à la suite d'une séparation ou d'un divorce, l'exercice d'un droit d'accès est interrompu, difficile ou trop conflictuel. Ces services sont dispensés par des organismes communautaires dédiés à la famille. Les parents y visitent leurs enfants sous supervision ou encore, effectuent la transition d'un milieu familial à l'autre.

Cette attente administrative a été révisée par le Ministère pendant l'année afin de devenir un portrait de la situation au regard des services de supervision des droits d'accès sur son territoire. L'Agence a produit un état de situation, lequel sera transmis au Ministère en mai 2006. L'Agence assurera le suivi du dossier en précisant le mode d'allocation et en coordonnant auprès des CSSS le processus de signature d'entente de service avec les organismes communautaires offrant des services de SDA.

Résultat visé au 31 mars 2006 :	Indiquer la présence d'au moins une équipe de deuxième niveau accessible au centre jeunesse.

Évaluation de l'atteinte du résultat

Le Centre jeunesse de Québec (CJQ) compte une équipe de deuxième niveau qui œuvre spécifiquement auprès des jeunes en centre de réadaptation. L'équipe multidisciplinaire de deuxième niveau est formée d'un médecin, d'une infirmière, d'un pédopsychiatre et de l'intervenant responsable à la Direction du développement de la pratique professionnelle (DDPP). Cette équipe intervient sur référence des intervenants du CJQ par l'intermédiaire de l'agent de liaison, et assure une réponse rapide aux demandes de consultation, en plus de soutenir les intervenants dans leur suivi auprès des jeunes.

Résultat visé au 31 mars 2006 :	Déposer les résultats de son analyse des services d'hébergement de la clientèle du centre jeunesse.

Évaluation de l'atteinte du résultat

Le Ministère a communiqué aux agences sa volonté d'obtenir un état de situation concernant les enfants et les jeunes ayant un trouble mental et hébergés dans les ressources des centres jeunesse afin de définir des orientations visant à assurer aux jeunes des ressources adaptées à leurs besoins. Pour notre région, les résultats de cette analyse ont été déposés au Ministère dans les délais prescrits.

Résultat visé au 31 mars 2006 :	Déposer un plan de travail quant à l'implantation des orientations et avoir identifié le lieu du futur site régional.

Évaluation de l'atteinte du résultat

Le site régional a été déterminé, il s'agit de la centrale régionale Info-Santé, et la centralisation complète des appels a été achevée en février.

Résultat visé au 31 mars 2006 :	Se doter d'un plan de gestion du changement et d'un plan de communication et veiller à leur réalisation.

Évaluation de l'atteinte du résultat

Les travaux se sont poursuivis durant l'année afin de se conformer aux orientations ministérielles visant l'optimisation des services Info-Santé selon le calendrier prévu.

Résultat visé au 31 mars 2006 :	Respecter le moratoire prescrit quant à l'achat des équipements téléphoniques et informatiques et collaborer aux travaux d'implantation de ces systèmes.

Évaluation de l'atteinte du résultat

La région de la Capitale-Nationale s'est conformée au moratoire quant à l'achat d'équipements téléphoniques et informatiques. Par ailleurs, la centrale de la région de la Capitale-Nationale a été retenue par le Ministère comme site expérimental pour le déploiement de l'équipement. Des travaux sont en cours pour la réalisation des activités nécessaires à cette expérimentation.

PRÉOCCUPATIONS MINISTÉRIELLES ADDITIONNELLES

1. Développement des mécanismes formels de liaison entre les CSSS et les cabinets privés pour l'amélioration de l'accessibilité et de la continuité des soins

Des travaux réalisés dans le cadre du projet clinique « services généraux » identifient clairement comme cible prioritaire la mise en place de mécanismes de liaison visant à améliorer l'accessibilité et la continuité entre les cabinets privés et les autres ressources du milieu.

Les tables territoriales formées de médecins ainsi que de gestionnaires de l'instance locale (CSSS) travaillent activement sur les plans d'action qui traduiront, de façon opérationnelle, la mise en place des moyens. L'Agence soutient activement ce processus en participant directement aux travaux en association avec les tables territoriales et le DRMG.

2. Entente de collaboration entre la maison des naissances et un centre hospitalier de référence afin de permettre la pratique des sages-femmes dans ce milieu (transfert des parturientes dans un territoire)

Dans le cadre des travaux visant la mise en place d'une maison des naissances dans la région de la Capitale-Nationale, il est nécessaire d'avoir une entente de collaboration entre le CSSS responsable de la future maison et le CHSGS accoucheur de la région. Cette entente doit couvrir, d'une part, les aspects liés aux consultations et aux transferts en cours de suivi de grossesse ou en phase de travail et, d'autre part, la pratique des sages-femmes en milieu hospitalier.

Un comité de travail multipartite a été mis en place et regroupe des représentants du CHSGS accoucheur, du CSSS responsable de la future maison des naissances, de l'Agence et d'une sage-femme de la Maison des naissances Mimosa. Ce comité est responsable de proposer une entente à l'Agence et aux parties concernées, préalablement à l'ouverture de la maison des naissances prévue d'ici la fin de l'année 2006. Un premier projet d'entente a été déposé aux différents partenaires pour validation.

3. Poursuite des visites d'appréciation de la qualité en milieu d'hébergement pour les personnes âgées, plans d'action et suivi des recommandations, développement de l'approche « milieux de vie » et plan d'action immobilier

Des cinq visites d'appréciation de la qualité en milieu d'hébergement pour les personnes âgées prévues en 2005-2006, quatre ont été réalisées et la dernière sera faite au début de l'année financière 2006-2007. Des plans d'action ont fait suite à chacune de ces visites et l'Agence en assure le suivi.

Conformément aux plans d'action, tous les établissements ont amorcé l'implantation de l'approche « milieux de vie ». Cette approche consiste en une organisation des soins et des services axée sur la qualité de vie et le bien-être des résidents et s'incarne dans des pratiques d'intervention et de gestion ainsi que dans une organisation physique des lieux qui respecte certains critères de qualité. Chaque installation des établissements n'a pas atteint le même degré de réalisation dans cette approche mais les directions générales collaborent activement aux orientations ministérielles. Ainsi, une personne chargée de l'implantation a été nommée dans tous les établissements.

Pour ce qui est du parc immobilier, des plans fonctionnels et techniques sont en cours d'élaboration et des priorités ont été établies sur cinq ans, dont l'inventaire des problèmes de vétusté des ressources, l'élimination des chambres de plus de deux personnes et l'adaptation des espaces pour favoriser le milieu de vie.

4. Accès à des services de détection et d'intervention brève pour des clientèles qui éprouvent des problèmes reliés à la dépendance

L'accès à des services de détection et d'intervention brève pour des clientèles qui éprouvent des problèmes reliés à la dépendance permet une intervention rapide et une orientation adaptée à leurs besoins. Le développement et la consolidation de ces activités réalisées en première ligne, dans les centres de santé et de services sociaux,

passent par une concertation régionale des différents acteurs impliqués auprès des personnes qui souffrent de dépendances (centre de santé et de services sociaux, centre de réadaptation, centre jeunesse, autres). Un comité régional poursuit des travaux afin de définir l'offre de service publique en dépendances dans la région, notamment en spécifiant les rôles et responsabilités des différents acteurs en matière des services à offrir à la population.

L'ensemble des CSSS de la région effectue déjà, dans le cadre de leurs activités régulières, de la détection et des interventions brèves. En effet, le programme de gestion de la consommation Alcochoix+ est implanté dans chaque ancien territoire de CLSC. De plus, le CRUV poursuit ses activités de soutien et de formation auprès des intervenants de première ligne, notamment en formant les intervenants à l'utilisation d'outils de détection tels que le DÉBA-ALCOOL et le DÉBA-DROGUE.

Dans le cadre de la mise en œuvre du mécanisme d'accès « Programme d'accès jeunesse en toxicomanie (PAJT) », des tournées de formation à l'utilisation de l'outil DEP-ADO sont effectuées annuellement auprès d'intervenants de première ligne issus de divers milieux (milieux scolaires, CSSS, CJQ et autres).

Cible 11 : Chirurgies de la hanche et du genou

L'objectif de réduction des durées de séjour postchirurgie de la hanche et du genou a été abordé avec les directeurs des services professionnels des centres hospitaliers pratiquant ces chirurgies et les coordonnateurs des services à domicile des centres de santé et de services sociaux. Bien que ces derniers soient en mesure de prendre une certaine proportion de cette clientèle, la disponibilité des services de réadaptation à domicile demeure très limitée. D'autre part, les lits de réadaptation fonctionnelle et intensive, au nombre de 55 pour la région, ont été regroupés à l'Hôpital du Saint-Sacrement du CHA et sont disponibles pour l'ensemble des hôpitaux de la région. Enfin, les services de physiothérapie privés complètent l'offre de service à ce chapitre, notamment pour la clientèle couverte par une assurance.

2.2.4 DIRECTION RÉGIONALE DE LA PLANIFICATION, DE LA GESTION DU CHANGEMENT ET DES RESSOURCES HUMAINES

ATTENTES ADMINISTRATIVES 2005-2006

Résultat visé au 31 mars 2006:	S'assurer que les établissements transmettent, à chaque période financière, l'ensemble des données obligatoires requises dans la base de données nationales sur l'assurance salaire.

Évaluation de l'atteinte du résultat

Pour un grand nombre d'établissements, des problèmes d'ordre technique, d'interface avec les systèmes de paie, le regroupement d'établissements ou encore, la migration vers la solution logicielle « PRASAT », n'ont pas permis à ces établissements d'atteindre le résultat visé en 2005-2006 dans le transfert de leurs données dans la base de données nationales sur l'assurance salaire.

Par ailleurs, au cours de l'année financière, tous les établissements publics avaient accordé une priorité dans ce dossier, et le travail qui demeurait en suspens était en grande partie dépendant de la mise en place des solutions techniques.

Des interventions conjointes entre l'équipe du service de santé et sécurité du travail du Ministère, les établissements concernés et l'Agence ont permis de régler les différents irritants techniques et ainsi, permettre aux établissements de reprendre le transfert de leurs données vers la base de données nationales.

Résultat visé au 31 mars 2006:	Indiquer la liste des activités réalisées, le nombre de participants et les sommes consacrées.

Évaluation de l'atteinte du résultat

Pour faire suite à la mission réalisée à Paris, en mars 2005, par des représentants des directeurs généraux des établissements, du Réseau universitaire intégré et de l'Agence sur la gestion en réseau, l'Agence a coordonné la planification et la réalisation d'une stratégie de développement des compétences des cadres en trois phases. Une première phase d'appropriation des meilleurs principes ressortis de la mission a été réalisée avec les membres de la gouverne régionale, accompagnés de relayeurs nommés par les directeurs généraux pour les soutenir dans les suites à donner dans leur organisation. Cinq intentions communes ont ensuite été partagées avec les cadres du réseau lors du Colloque régional annuel de mai 2005 qui avait pour thème « Le défi d'être nous ». Ces intentions communes sont : lâcher prise, faire ensemble, se reconnaître mutuellement, savoir utiliser le temps et prendre le risque de l'autre. Enfin, pour soutenir l'intégration de ces intentions dans la gestion au quotidien et chez les équipes terrain, le Comité régional de développement du personnel d'encadrement a proposé aux cadres un parcours de cinq déjeuners-dialogues portant respectivement sur chacune des intentions. La stratégie pédagogique adoptée a fait appel à des conférenciers qui sont des leaders dans des secteurs d'activité différents de l'administration ou de la santé et des services sociaux.

Activité	Date	Nombre de participants	Coûts
Activités spécifiques à la gestion en réseau			
Journées de réflexion de la gouverne régionale	4 et 5 mai 2005	38	9 650 $
Colloque régional annuel 2005	11 mai 2005	355	40 750 $
Déjeuners-dialogues • Lâcher prise • Faire ensemble • Se reconnaître mutuellement • Savoir utiliser le temps *(Le 5e et dernier déjeuner-dialogue sur l'intention « Prendre le risque de l'autre », aura lieu les 27 et 28 avril 2006).*	 23 et 24 nov. 2005 25 et 27 janvier 2006 21 et 22 février 2006 28 et 29 mars 2006	 237 185 164 118	32 715 $
Activités complémentaires qui soutiennent le travail en réseau			
Communication : un outil de gestion Formation de 2 jours - 11 groupes	Entre le 13 mai et le 27 octobre 2005	173	38 573 $
Communication médiatique - Module 1 : Atelier d'une journée pour les directeurs généraux et les cadres supérieurs *(Le module 2, pour les responsables des communications, aura lieu en mai 2006).*	21, 22, 28 et 29 mars 2006	21	10 005 $
Total des coûts (dépenses - revenus d'inscriptions)			**131 693 $**

Concurremment, le soutien à la préparation de la relève des cadres devrait faciliter la mise en œuvre des réseaux locaux de services.

Activité	Date	Nombre de participants	Coûts
Microprogramme de formation pour la relève des cadres : Module 1 Gestion stratégique - Module 2 Gérer les différences individuelles - 3 groupes *(2e module sera complété le 25 mai 2006 pour l'ensemble).*	Entre le 5 octobre 2005 et le 30 mars 2006		9 740 $
Sélection d'une firme pour l'évaluation de potentiel dans l'ensemble de la région et soutien financier partiel.	Entre janvier et mars 2006	5	1 872 $

Résultat visé au 31 mars 2006:	Déposer le plan régional final en ressources informationnelles.

Évaluation de l'atteinte du résultat

Le plan stratégique régional des ressources informationnelles est le résultat d'un travail de plus d'un an avec l'ensemble des établissements de la région. Ce plan a fait l'objet d'une approbation par le comité directeur du projet régional d'organisation de services intégrés (PROSI) en juin 2005 et a été transmis au Ministère dans les délais. Ce plan couvre essentiellement l'objectif du partage de l'information clinique. Les principales livraisons concernent :

- Le projet Dépôt régional de résultats cliniques;
- Le projet IRIS-RUQ (informations de recherche);
- L'informatisation et la mise en réseau des laboratoires;

- Le projet pharmacie;
- Le projet réseau de services en santé mentale;
- Le projet PACS;
- Le projet des index locaux;
- Le projet MOXXI.

Pour appuyer le projet dans son ensemble, l'Agence s'est dotée d'un coordonnateur de projet et d'un pilote clinique principal. Pour chacune des livraisons du projet, nous exigerons une structure minimale de gestion du projet, soit un comité directeur et un comité d'utilisateurs. Dans la mesure du possible, les établissements prendront la responsabilité de la charge de projet, d'autant plus qu'une bonne partie des modules proviendra des établissements.

Le plan régional d'informatisation a été revu afin de l'ajuster aux orientations ministérielles et tenir compte du fait que la région ne pourra bénéficier des infrastructures nationales avant 2008 ou 2010. La configuration de l'organisation de services (non-intégration des CH dans les CSSS) oblige la région à prendre des mesures pour mettre en place des infrastructures régionales d'accès et d'échange d'information. Le projet a été présenté aux autorités ministérielles et a reçu un accord sous condition d'un avis favorable de la Commission d'accès à l'information (CAI). Le projet sera présenté aux commissaires le 14 juin prochain. Ce projet d'infrastructures régionales intègrera alors les projets DRRC, IRIS RUQ, Pharmacies et Laboratoires. Il s'intégrera éventuellement aux projets nationaux tels CAIS, DSEIQ et Index.

L'informatisation des GMF se poursuit selon les échéanciers prévus. Les 7 GMF déjà informatisés ont accès aux résultats de laboratoires en provenance du CHUQ et du CHA. Les résultats en provenance de l'Hôpital Laval et des petits laboratoires seront bientôt disponibles. Le projet MOXXI est bien implanté et reçoit un bon accueil des médecins. Le projet Santé mentale a livré au Ministère les éléments d'étude d'opportunités requis et attend toujours son autorisation de démarrage.

Résultat visé au 31 mars 2006:	Réaliser les projets RLS acceptés en 2004-2005, aux conditions énoncées.

Évaluation de l'atteinte du résultat

Un seul projet a obtenu l'acceptation formelle du fonds RLS, il s'agit du projet « Pharmacie ». Le projet SIU (santé mentale) a fait l'objet d'une demande d'étude d'opportunités par le Ministère. Les résultats de cette étude ont été déposés au Ministère le 22 décembre 2005.

La gestion du projet « Pharmacie » a été confiée au CHA alors que le projet SIU a été confié au CHRG. Les chargés de ces deux projets rendent des comptes à la fois à leur Comité directeur respectif et au Comité régional sur les ressources informationnelles. Le projet « Pharmacie » implique, pour sa première phase, six établissements, alors que la deuxième phase impliquera l'ensemble des établissements, les pharmacies communautaires et la RAMQ. Un autre projet, MOXXI, devra être pris en considération dans la seconde phase du projet « Pharmacie ».

À la fin de l'année financière 2005-2006, l'état de la situation est dressé : l'installation de l'application au Centre hospitalier Robert-Giffard a été réalisée; le projet a débuté pour le CH Robert-Giffard et le CSSS de Charlevoix; les besoins de la version 1.6 ont été acceptés; un retard sur la livraison de la version 2.0 est à prévoir. De plus, le déploiement est réalisé à l'Hôpital Laval et au Jeffery Hale. Le CHA éprouve toutefois d'importants problèmes de livraison de la part du fournisseur choisi. Les difficultés sont dues aux objets relatifs au Service centralisé d'additifs au soluté (SCAS), à la robotisation et aux multisites. Des rencontres critiques ont eu lieu avec le fournisseur. Il est d'ores et déjà certain que le projet aura des retards de livraison au CHA et conséquemment des retards de déploiement dans les autres établissements de la région.

Résultat visé au 31 mars 2006:	Fournir la proportion d'établissements ayant implanté la version 9.2 du SIIATH.

Évaluation de l'atteinte du résultat

L'Agence est peu intervenue dans ce dossier en 2005-2006 mais prévoit le faire en 2006-2007. Le système d'information intégré sur les activités transfusionnelles et d'hémovigilance (SIIATH) sera partiellement hébergé sur le serveur de l'Index patient maître (IPM) situé au Technocentre de la Capitale-Nationale, les applications actuelles n'étant pas toutes transférées à l'Agence.

Au 31 mars 2006, les établissements suivants avaient déployé la version 9.2 du SIIATH : le CHUQ, le CHA, l'Hôpital Laval, le CSSS de Portneuf, le CSSS de Charlevoix, le CSSS de Québec-Nord (Centre hospitalier Chauveau).

Résultat visé au 31 mars 2006:	Fournir la proportion des urgences ayant implanté un système d'information accrédité.

Évaluation de l'atteinte du résultat

Le Ministère a décidé de déployer un système d'information et de gestion des départements à l'ensemble des urgences de la région et d'appliquer le nouveau cadre normatif du Système d'information et de gestion des départements d'urgence (SIGDU). Les urgences des trois centres hospitaliers du Québec-Métro possèdent déjà un SIGDU (Siurge de Logibec). Pour ces derniers, il y aura un rehaussement de l'application SIURGE afin de respecter le nouveau cadre de gestion qui doit être mis en place au 31 mars 2007.

La planification prévoit d'abord un déploiement pour les CSSS avec urgence. Selon la planification prévue, il y a regroupement des établissements pour une installation sur base régionale hébergée au Technocentre de la région. Le choix de l'application entre ces trois fournisseurs accrédités a été fait et le déploiement final sera réalisé pour le 31 mars 2007.

Pour leur part, les CH du Québec-Métro se conformeront au nouveau cadre normatif pour le 31 mars 2007 et auront procédé au rehaussement de leur application en conséquence.

Au 31 mars 2006, la proportion d'implantation du SIGDU dans les urgences était de 6 établissements sur 13. Les sept urgences qui ne possèdent pas de système de gestion du département d'urgence implanteront leur SIGDU au cours de l'année 2006-2007.

Résultat visé au 31 mars 2006:	Fournir l'état d'avancement des travaux.

Évaluation de l'atteinte du résultat

Le Cadre global de gestion des actifs informationnels appartenant aux organismes du réseau de la santé et des services sociaux – Volet sur la sécurité (CGGAI), officialisé en 2002 par le Ministère, attribue aux agences, plus spécifiquement au PDG, la responsabilité de l'application du volet sécurité du CGGAI. Le coordonnateur régional de sécurité des actifs informationnels de la région de la Capitale-Nationale doit coordonner, planifier, faire le suivi de la mise en œuvre du CGGAI.

Le Ministère a produit une planification provinciale pour la mise en œuvre du CGGAI et en fait le suivi régulièrement via la Table des coordonnateurs régionaux. La région de la Capitale-Nationale a son Comité régional de sécurité des actifs informationnels qui siège au moins quatre fois par année. Celui-ci a entériné une planification régionale pour l'année 2005-2006 en s'appuyant sur les demandes du Ministère.

Les principaux écarts observés en regard de la planification adoptée par le comité pour 2005-2006 concernent la catégorisation des actifs informationnels qui devait être terminée en mars 2006, et la formation sur le plan directeur et du système automatisé de gestion de la sécurité (SAGeS) qui était prévue à l'hiver 2006. Les principales raisons de ces écarts consistent au retard au niveau provincial de l'implantation de SAGeS, à la mise à jour du guide concernant l'élaboration d'un plan directeur et à l'ampleur de la tâche de la catégorisation des actifs informationnels.

Plus généralement, la mise en œuvre du Cadre global rencontre certaines difficultés, notamment en raison des défis liés à la réorganisation du réseau et des disponibilités limitées en ressources humaines et financières.

Toutefois, l'Agence poursuit ses efforts dans le dossier. Elle affecte des ressources humaines et financières afin de soutenir les établissements dans leur démarche, dans le but de promouvoir et de développer une approche globale de sécurité des actifs informationnels et d'assurer la disponibilité, l'intégrité et la confidentialité des informations des usagers.

Résultat visé au 31 mars 2006:	Fournir la proportion des établissements qui sont conformes aux exigences linguistiques.

Évaluation de l'atteinte du résultat

La Politique d'utilisation du français dans les technologies de l'information (PUFTI) vise les technologues informatiques et les utilisateurs des technologies de l'information. L'objectif est de s'assurer que chaque établissement a un plan de travail lui permettant de se conformer à la politique.

Au 31 mars 2006, la proportion des établissements conformes à la PUFTI était de 93 %. Pour les établissements non conformes, l'Agence s'engage à les sensibiliser à la nécessité de se conformer à cette politique.

PRÉOCCUPATIONS MINISTÉRIELLES ADDITIONNELLES

1. Pour les nouveaux GMF, réception à l'intérieur d'un délai de trois mois des équipements informatiques requis pour réaliser les fonctions d'inscription de la clientèle exigées par la RAMQ et accès à l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux

Le rôle de l'Agence consiste à l'évaluation des besoins et à faire la demande d'achat des équipements et des liens de télécommunication à SOGIQUE. Pour quatre des cinq GMF concernés, les résultats sont atteints et ces nouveaux GMF sont en opération. Un GMF accuse un retard causé par la rénovation d'un site.

3

AUTRES RÉSULTATS D'IMPORTANCE

L'ensemble des activités menées par l'Agence lui permet de rendre compte également de plusieurs autres résultats qui ne sont pas inclus dans l'entente de gestion et d'imputabilité et dans les attentes administratives conclues entre l'Agence et le Ministère. Il convient donc d'en rendre compte dans le présent rapport.

3.1 PROJET RÉGIONAL D'ORGANISATION DE SERVICES INTÉGRÉS, L'ANNÉE DE LA CONSOLIDATION

Partenariat du réseau local, projets cliniques, développement des cadres, communication et informatisation auront été à l'ordre du jour de la mise en place des RLS dans la région.

Le comité directeur du Projet régional d'organisation de services intégrés (PROSI) s'est réuni 8 fois au cours de l'année 2005-2006 pour s'assurer du maintien des orientations et pour entériner les actions ou décisions de la planification adoptée.

Chaque territoire de CSSS détient maintenant son instance de partenariat. Chacune des instances s'est dotée d'une politique de partenariat et a autorisé le démarrage des travaux sur les plans de travail à la suite du dépôt des cibles prioritaires de travail pour les six projets cliniques de la région (PALV, MPOC, Jeunes en difficulté, Cancer, Santé mentale adulte et Services médicaux généraux). Plus de 400 personnes ont été mobilisées dans l'ensemble de la région dans l'exercice des projets cliniques visant l'amélioration de l'accès et de la continuité de services.

Dans le cadre des activités de développement des cadres, deux cibles ont mobilisé les troupes : la communication et le travail en réseau. La région est fière du travail accompli sur l'axe du travail en réseau. Le Comité régional de développement du personnel d'encadrement aura usé d'imagination pour atteindre 400 cadres dans son colloque annuel et plus de 200 cadres pour chacun des 5 déjeuners-rencontres portant sur les intentions de gouverne favorisant le travail en réseau : lâcher prise, faire ensemble, reconnaître, savoir utiliser le temps et prendre le risque de l'autre.

Un coffre à outils de communication a été distribué à l'ensemble des cadres de la région leur permettant de rencontrer le personnel de leurs unités de travail pour leur parler du PROSI.

Le plan d'informatisation continue sa progression. Les médecins pratiquant en GMF sont en mesure de recevoir électroniquement les résultats des examens de laboratoire qu'ils auront prescrits. Les résultats des examens radiologiques sont la prochaine cible.

3.2 SUIVI DU PLAN D'ACTION RÉGIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE 2004-2007

Le conseil d'administration de l'Agence adoptait, le 17 juin 2004, le Plan d'action régional de santé publique 2004-2007. Ce plan énonce les activités à mettre en œuvre au cours des prochaines années afin d'agir le plus précocement possible sur les déterminants tant physiques que psychosociaux de la santé, et ce, à partir du diagnostic populationnel de notre région. En continuité des efforts consentis depuis 2004, voici les principales actions qui ont été menées afin d'assurer sa mise en œuvre :

- Allocation d'un budget de développement récurrent de 644 400 $ sur une base annuelle pour les programmes suivants : Services intégrés en périnatalité et en petite enfance (SIPPE), Promotion des saines habitudes de vie et prévention des maladies chroniques : 0-5-30 COMBINAISON PRÉVENTION, Prévention des chutes chez les personnes âgées, Vaccination contre l'influenza des enfants âgés de 6 à 23 mois.
- Développement d'offres de services intégrés de santé publique visant le milieu scolaire, le milieu municipal ainsi que les pratiques cliniques préventives.
  - Production du portrait 2005-2006 des activités de santé publique offertes aux élèves des établissements scolaires.
  - Production d'un portrait des actions/interventions en lien avec la Ville de Québec.

- Élaboration d'un calendrier sur le site Web des activités en lien avec les pratiques cliniques préventives.

- Travaux pour le développement de deux plans d'action, l'un pour les personnes âgées et l'autre au regard de la santé mentale, en vue d'implanter des stratégies efficaces ou prometteuses de prévention et de promotion.
- Adoption du plan d'évaluation du Plan d'action régional de santé publique.
- Analyse des mécanismes de liaisons DRSP/CSSS en vue de coordonner et de soutenir l'intervention locale.
- Le Comité consultatif à la coordination de la santé publique, regroupant des gestionnaires des CSSS et de la Direction régionale de santé publique dans le but d'assurer l'implantation et le suivi des plans d'action de santé publique, poursuit ses rencontres statutaires à raison de 8 en 2005-2006.

3.3 NOUVEL OUTIL DE SUIVI POUR LES MALADIES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE (MADO)

C'est au cours de la dernière année que l'Équipe maladies infectieuses de la DRSP a mis en ligne un nouveau service de diffusion des données des maladies à déclaration obligatoire (MADO), et cela, tant pour le public en général que pour les professionnels de la santé concernés par cette problématique dans notre région. La population a accès à des données générales concernant les différentes maladies alors que les professionnels ont accès à des données très détaillées sur la situation des MADO dans la région de la Capitale-Nationale ainsi que le reste de la province et cela via un site sécurisé nécessitant au préalable l'inscription du professionnel. Il est important de mentionner que ces données sont mises à jour à toutes les semaines. Enfin, le site sécurisé permet aussi de rendre accessibles, aux différentes catégories de professionnels, tous les documents nécessaires aux contrôles des maladies tels les protocoles de traitement comme le protocole d'immunisation du Québec (PIQ). Une plus grande diffusion de ces données, presque en temps réel, devrait permettre un meilleur contrôle des maladies infectieuses qui vise la protection de la santé de la population par l'interruption de la chaîne de transmission d'une maladie.

3.4 BILAN GÉNÉRAL DU PROGRAMME D'ÉVALUATION ET DE COORDINATION DES ADMISSIONS EN LONGUE DURÉE (PECA)

En vertu de son mandat, PECA a procédé à l'analyse des demandes d'hébergement et à la répartition des admissions dans les 3 871 places d'hébergement et de soins de longue durée et dans les 143 places de résidences intermédiaires et de type familial disponibles pour la région de la Capitale-Nationale.

Données	2005-2006	2004-2005	2003-2004
Admission en longue durée	1 331	1 434	1 399
Nombre de demandes reçues pendant l'année	1 922	1 940	1 850
Nombre de demandes évaluées ou réévaluées	2 400	2 370	2 284
Nombre de dossiers fermés pendant l'année	2 270	2 383	2 088
Décès de la personne (durant le processus)	498	520	439
Retrait de la demande	92	97	79
Refus du placement	30	42	40
Demandes non admissibles	112	53	42
Retour à domicile	1	1	2
Admission en dehors de la région de la Capitale-Nationale	132	151	65
Admission dans un centre privé	7	3	1
Autres motifs	67	44	21

Sur le territoire du CSSS de Charlevoix, il y a eu 82 admissions au cours de l'année 2005-2006. Au 31 mars 2006, 4 personnes étaient en attente d'hébergement. Le nombre de demandes d'hébergement dans Charlevoix a été de 94 pour l'année 2005-2006.

Les admissions en centre d'hébergement et en ressource intermédiaire se font rapidement, les délais d'attente étant habituellement de quelques semaines. La liste d'attente est quasi inexistante et quatre lits sont disponibles en centre d'hébergement.

Sur le territoire du CSSS de Portneuf, il y a eu 98 admissions pendant l'année. Au 31 mars 2006, 33 personnes étaient sur la liste d'attente.

Admissions	Portneuf
Admissions à partir CHUQ, CHA, Laval	35
Admissions à partir des domiciles ou des résidences privées	53
Admissions à partir de diverses autres provenances	10

Sur le territoire des CSSS de Québec-Nord et de la Vieille-Capitale, il y a eu 1 151 admissions et 208 transferts interétablissements de longue durée. Ces 1 151 admissions se répartissent de la façon suivante :

Admissions	Québec
Admissions à partir CHUQ, CHA, Laval	694
Admissions à partir des domiciles ou des résidences privées	398
Admissions à partir de diverses autres provenances	59

Ces diverses autres provenances comprennent le Centre hospitalier Robert-Giffard, ainsi que les admissions des personnes à partir d'une autre région que celle de la Capitale-Nationale.

Les personnes en attente pour le territoire du CSSS de Québec-Nord et de la Vieille-Capitale peuvent être regroupées de la façon suivante :

20	personnes sont hospitalisées
291	personnes qui attendent à domicile avec les services de leur CLSC
592	personnes qui attendent dans une résidence privée pour personnes âgées

3.5 SERVICES PRÉHOSPITALIERS ET MESURES D'URGENCE

FORMATION DES TECHNICIENS AMBULANCIERS

En ce qui a trait au programme d'administration des médicaments (PAMTA), l'Agence a complété la formation auprès de tous les techniciens ambulanciers de la région. La moitié d'entre eux ont reçu une formation concernant deux nouveaux protocoles relatifs à la cessation de manœuvres de réanimation cardiorespiratoire, et ce, chez les patients traumatisés et non traumatisés. Ils ont également reçu l'information sur la non-initiation des manœuvres de réanimation. La formation se complètera au cours de la prochaine année.

SERVICES DE PREMIERS RÉPONDANTS[13]

Aucun nouveau service de premiers répondants n'a été développé. Les actions de l'Agence se sont concentrées sur les recertifications sur l'utilisation du défibrillateur externe automatisé (DEA) et de l'Epipen et sur le programme de formation continue.

ASSURANCE QUALITÉ

Dans le cadre de l'évaluation de la qualité des services offerts à la population par les techniciens ambulanciers, l'Agence a embauché deux techniciens ambulanciers sur une base d'un jour par semaine. Ils ont la responsabilité d'évaluer la performance des techniciens ambulanciers dans l'application du protocole d'utilisation du moniteur défibrillateur semi-automatique (MDSA) et de l'application des protocoles d'administration des médicaments (PAMTA). Ils effectuent également l'analyse des gestes posés par les services de premiers répondants de notre territoire.

SERVICES AMBULANCIERS[14]

L'Agence, en collaboration avec le CCSC, les entreprises ambulancières de la région métropolitaine de Québec et les syndicats des techniciens ambulanciers, a actualisé les politiques et protocoles pour l'affectation des appels de la région concernée, lesquels ont été mis en application le 5 septembre 2005. Ces protocoles permettent d'optimiser la flotte ambulancière sur le territoire.

3.6 SÉCURITÉ CIVILE SOCIOSANITAIRE

Le Plan régional de sécurité civile sociosanitaire (PRéSCiS) a été entériné par le conseil d'administration de l'Agence le 2 novembre 2005. Ce plan défini le mandat du réseau sociosanitaire en termes de sécurité civile - mission santé. Il sert de base à l'ensemble des établissements du réseau de la santé du territoire pour l'élaboration de leur plan local de sécurité civile sociosanitaire et détermine les liens du réseau avec tous ses partenaires de la sécurité civile.

Un projet financé en partie par l'Agence et par un programme de subvention du gouvernement fédéral a permis de structurer un projet afin que les organismes communautaires du territoire bénéficient d'un support pour concevoir leur plan local de sécurité civile sociosanitaire qui met l'accent principalement sur les volets du maintien des activités et de la communication. Au 31 mars 2006, 10 organismes communautaires ont accepté de collaborer sur une base volontaire au projet.

Le rapport final qui sera déposé au gouvernement fédéral comportera l'ensemble de la démarche et pourra être applicable par la suite dans les autres régions, il inclura également un canevas de base d'un plan local de sécurité civile pour un organisme communautaire.

L'équipe poursuit l'ensemble des démarches afin que le réseau sociosanitaire soit prêt à faire face à un sinistre majeur de toute nature et à remplir sa mission santé. Le Plan régional de pandémie d'influenza constitue une priorité dans les dossiers à compléter.

[13] La liste des municipalités ou des organismes ayant un service de premiers répondants est présentée à l'annexe 11.
[14] La liste des transports ambulanciers effectués dans la région 03 est présentée à l'annexe 13.

3.7 SERVICES À LA CLIENTÈLE[15]

La *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (L.R.Q., chapitre S-4.2) permet à tout usager de formuler une plainte sur les services de santé ou les services sociaux qu'il a reçus, qu'il aurait dû recevoir, qu'il reçoit ou requiert. En lien avec la procédure prévue à cet effet, l'Agence examine les plaintes au regard des services d'un organisme communautaire, des services préhospitaliers d'urgence et celles relativement à l'exercice des fonctions de l'Agence.

À la fin de l'exercice financier 2005-2006, huit plaintes avaient été conclues par l'Agence et une plainte était en voie de traitement. L'année précédente, l'Agence avait étudié douze plaintes, ce qui représente une diminution de 33 % :

Plaintes conclues en 2005-2006			
Instances visées	Nombre de plaintes	Nombre d'objets	Nombre de recommandations
Services préhospitaliers d'urgence	4	7	6
Organismes communautaires	2	2	2
Agence	2	2	1
Total des plaintes conclues	**8**	**11**	**9**

Pour plus de détails, vous pourrez consulter le rapport sur l'examen des plaintes conclues par l'ensemble des établissements de la région et par l'Agence qui sera disponible à notre Centre de documentation et sur notre site Internet.

Au cours de l'année 2005-2006, l'Agence a également reçu 55 signalements à l'égard de 36 résidences privées de personnes âgées, comparativement à 44 visant 30 résidences l'année précédente. Ces signalements ont été traités conformément au « *Protocole de traitement des demandes d'intervention dans les résidences privées* » conclu en mars 2001 entre les CLSC et les CLSC-CHSLD de la région de la Capitale-Nationale et l'Agence.

Par ailleurs, l'Agence répond à plusieurs demandes d'information de la part des usagers. Au cours de l'année 2005-2006, 2 053 demandes ont été reçues :

- 1 501 par téléphone;
- 552 par courrier électronique.

Ces 2 053 demandes représentent une hausse de 8,6 % comparativement à l'année dernière.

3.8 STRATÉGIE RÉGIONALE DE MAIN-D'OEUVRE

La présente année a permis au réseau régional de la santé et des services sociaux d'effectuer un rapprochement avec les milieux secondaire, collégial et universitaire sur le sujet de l'attraction et la rétention de la jeune main-d'oeuvre, priorité régionale en matière de main-d'oeuvre. Plus précisément, ceux-ci ont convenu ensemble d'aller questionner, à l'automne 2005, les jeunes sur la situation relative à leur formation et à leur situation sur le marché du travail afin d'identifier des actions à mettre en oeuvre pour intéresser et retenir les jeunes dans notre réseau régional de santé et de services sociaux. Il est apparu essentiel d'entreprendre cet exercice car la situation de l'emploi dans nos établissements laisse entrevoir des difficultés au cours des prochaines années, principalement dues au vieillissement de la population et aux départs massifs à la retraite des travailleurs actuels.

[15] Ce rapport sommaire présente les grandes lignes du traitement des plaintes acheminées à l'Agence en 2005-2006. Un rapport détaillé sur l'examen des plaintes conclues par l'ensemble des établissements de la région et par l'Agence sera disponible au Centre de documentation de l'Agence.

Accompagnée par la firme Léger Marketing dans les travaux, l'Agence a présenté les résultats de l'enquête en janvier 2006 aux partenaires des deux milieux. De cette présentation est ressorti l'engagement de diffuser, dans les milieux de travail, ce qu'avait pu apporter cet exercice de consultation et de mettre en place un comité de travail conjoint chargé de proposer un plan d'action pour répondre aux enjeux émanant de l'enquête.

La prochaine année devrait voir la mise en place de moyens pour y répondre, sur la base des données produites dans le cadre de la planification de main-d'œuvre en cours.

3.9 CENTRE UNIVERSITAIRE D'OPHTALMOLOGIE DE QUÉBEC

En novembre 2005, une partie des activités du Centre universitaire d'ophtalmologie de Québec (CUOQ) s'est installée dans les locaux actuels de l'Hôpital du Saint-Sacrement; il s'agit de la chirurgie de la cataracte et de l'urgence de l'œil. Pour ce faire, le Ministère a déjà consenti un investissement de 1 258 000 $ en équipements médicaux. Ce premier transfert d'activités a permis d'améliorer l'accessibilité à un ophtalmologiste par une prise en charge rapide des clientèles référées par les médecins de famille, les optométristes et les urgentologues. Il a aussi permis le développement d'un modèle d'organisation pour la chirurgie de la cataracte qui favorise une plus grande fluidité des services.

Ce premier transfert, en plus d'atténuer les résistances et de favoriser la communication entre les deux milieux hospitaliers, a contribué à l'augmentation du volume d'activités chirurgicales en ophtalmologie. Sur la base de la production enregistrée durant les trois dernières périodes de l'exercice financier, on peut projeter que le groupe d'ophtalmologistes du CHUL réalisera annuellement huit cents interventions additionnelles, en acceptant d'utiliser les disponibilités offertes par l'Hôpital du Saint-Sacrement. Il s'agit là d'une progression de 16 %.

En janvier 2006, le chantier préparatoire au chantier principal commençait. Cette phase des travaux permet la relocalisation des services, occupant actuellement les locaux visés par le chantier principal. Le Ministère avait consenti un investissement de 3 405 000 $ pour ces travaux qui se termineront en juillet 2006.

3.10 RÉORGANISATION DES LABORATOIRES

Le projet consiste à l'application des orientations ministérielles en matière d'organisation des services de biologie médicale basée sur une approche populationnelle et les concepts de hiérarchisation des laboratoires et des analyses. Le manuel d'organisation de projet a été approuvé par le comité directeur et les travaux de la phase I sont en cours. Les travaux consistent à déterminer les analyses à court délai qui seront réalisées localement et celles à délai régulier qui seront réalisées aux laboratoires serveurs afin d'établir la cible de concentration régionale. Le volet complémentarité est discuté à l'intérieur de chaque spécialité médicale. Ces travaux seront terminés pour la fin juin. Le volet II du projet consistant à quantifier les ressources nécessaires pour la nouvelle organisation des services et le plan de mise en œuvre seront complétés à l'automne.

3.11 CHIRURGIE GÉNÉRALE

La chirurgie générale

Depuis 2002, les consultations menées auprès des chirurgiens généraux dénoncent de façon unanime la dispersion de la chirurgie générale dans six hôpitaux du Québec métropolitain. Les recommandations formulées convergent vers la concentration de la chirurgie générale dans un nombre plus restreint d'hôpitaux[16].

Selon les points de vue émis, les activités ainsi que les ressources humaines et professorales en chirurgie générale devraient être concentrées dans un maximum de quatre, trois ou même deux hôpitaux. Cette concentration viserait surtout à équilibrer la charge de la garde. Elle permettrait également d'améliorer l'organisation du programme de résidence et faciliterait le recrutement et la rétention des effectifs et des résidents grâce à la concentration des masses critiques de patients, des expertises professionnelles et des plateaux techniques[17].

De 2002 à 2004, quelques scénarios d'intégration ou de complémentarité interétablissements des équipes de chirurgie générale ont été émis. Cependant, il ne fut pas possible de dégager un consensus quant au choix des hôpitaux où devrait être concentrée la chirurgie générale[18].

Par ailleurs, depuis 2004-2005, les chirurgiens généraux souhaitent se réunir autour d'une Table régionale où ils pourraient, entre eux, échanger sur la question de la complémentarité entre chaque équipe hospitalière[19]. De plus, en mars 2005, la Faculté de médecine de l'Université Laval (Faculté) a exprimé de grandes inquiétudes au regard de l'organisation des services dans les spécialités de base comme la chirurgie générale[20].

Dans ce cadre, le dossier de la chirurgie générale demeure une priorité pour l'Agence[21].

Démarche de réorganisation de la chirurgie générale

Au cours de l'année 2005-2006, en collaboration avec la Faculté, l'Agence a réactivé les discussions sur la réorganisation de la chirurgie générale dans une perspective de collaboration et de complémentarité entre les six équipes de chirurgiens généraux.

Un premier groupe de réflexion, composé de représentants des établissements, de la Faculté, du Réseau universitaire intégré en santé de l'Université Laval (RUIS-UL) et de l'Agence, a reconnu l'importance de refaire l'état de situation de la chirurgie générale avant de réunir à nouveau les chirurgiens généraux. Ce portrait d'ensemble de la chirurgie générale dans le secteur métropolitain de Québec et au sein de chaque hôpital et de l'ensemble des autres spécialités du domaine chirurgical sera présenté aux établissements et à la Faculté en août 2006. Sur la base des constats que permet ce coffre à outils, l'Agence, en collaboration avec la Faculté, entend animer une démarche de concertation entre les établissements et, plus particulièrement, entre les différentes équipes de chirurgiens généraux.

Son objectif est de parvenir à l'élaboration d'un scénario de résolution du problème de la dispersion de la chirurgie générale dans le secteur métropolitain de Québec avant la fin de l'automne 2006.

---

16 Ministère de la Santé et des Services sociaux (Comité Gabrièle). Proposition d'organisation des services médicaux de la région du Québec. Rapport synthèse, 27 septembre 2002, 22 pages et des annexes, et Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Capitale nationale. Résultats du référendum sur l'organisation des services médicaux de chirurgie générale dans la région de Québec. 8 janvier 2004, 3 pages.

17 Idem.

18 Idem.

19 Commission médicale régionale. Compte rendu de la 88e réunion tenue le 16 novembre 2004. Point 4.2, Chirurgie générale, page 3.

20 Idem. Compte rendu de la 89e réunion tenue le 15 mars 2005. Point 4.2, Chirurgie générale, page 5.

21 Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale. Plan de travail 2005-2006.

3.12 COMPLÉMENTARITÉ DES SERVICES MÉDICAUX SPÉCIALISÉS

Au cours de l'année 2005-2006, plusieurs démarches ont été complétées ou amorcées en ce qui concerne l'organisation régionale des services médicaux spécialisés :

- regroupement des chirurgies de la cataracte au nouveau Centre universitaire d'ophtalmologie à l'Hôpital du Saint-Sacrement (phase I);
- construction du Centre de recherche clinique et évaluative en oncologie à L'Hôtel-Dieu de Québec;
- démarrage du projet de la réorganisation des services de laboratoire dans l'ensemble de la région;
- amorce des travaux pour regrouper 55 lits de réadaptation fonctionnelle et intensive à l'Hôpital du Saint-Sacrement;
- concentration de 45 lits de psychiatrie adulte à l'Hôpital du Saint-Sacrement avec urgence psychiatrique;
- recommandation régionale unanime pour la désignation du Centre hospitalier Robert-Giffard au statut « d'institut universitaire en santé mentale »;
- développement de la radiochirurgie stéréotaxique (projet Centre hospitalier *affilié* universitaire de Québec Centre hospitalier universitaire de Québec);
- soutien à deux nouveaux programmes de formation en spécialités de la Faculté de médecine de l'Université Laval :
  - le programme de gastroentérologie,
  - le programme de physiatrie;
- contribution significative aux travaux du RUIS-UL (territoire de l'est du Québec).

3.13 PLAN D'ACTION RÉGIONAL POUR PERSONNES ÂGÉES

Le Plan d'action régional 2006-2011 sur les services aux aînés en perte d'autonomie pour la région de la Capitale-Nationale prend appui sur les orientations fondamentales adoptées ces dernières années à l'endroit des personnes âgées (Politique de soutien à domicile - 2003, Orientations ministérielles relatives aux mesures de contrôle, de contention et d'isolement - 2002 et sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie - 2001).

Supportée dans sa démarche par les centres de santé et de services sociaux et les centres d'hébergement et de soins de longue durée privés conventionnés, l'Agence a assuré un transfert, dans un mode opérationnel, de l'ensemble des mesures prévues à son Plan régional d'intégration des services aux personnes en perte d'autonomie, ainsi que dans le Plan régional d'organisation des services intégrés (PROSI).

Il en résulte un document clair qui articule un certain nombre de grands chantiers qui devraient démarrer sous peu et mobiliser l'ensemble des acteurs concernés à structurer une offre de service simple, accessible et souple, et qui présente des garanties de continuité pour la clientèle visée.

3.14 TECHNOCENTRE RÉGIONAL

L'année 2005-2006 a été, pour le Technocentre régional (TCR), une année de consolidation des services offerts et de ses ressources en fonction de sa mission. Également, dans le contexte de la mise en œuvre du plan d'informatisation régional, le TCR a été appelé à jouer un rôle important au niveau des infrastructures technologiques au cours de l'année.

Outre cette année de consolidation, le TCR a principalement œuvré, en plus du support direct des infrastructures régionales et locales pour certains établissements, dans les dossiers suivants :

- Implantation d'un programme d'amélioration continue des services informatiques (ITIL).
- Amorce des travaux pour procéder à la révision du réseau de télécommunication sociosanitaire en collaboration avec les établissements, la Sogique et le Ministère.
- Développement des services d'hébergement d'applications et de données, notamment en ce qui concerne les applications du carrefour informationnel de la Capitale-Nationale, de l'Infocentre de la région de la Chaudière-Appalaches, des applications telles que Espresso, Paie-GRH, Clinibase, I-CLSC, eClinibase, Dépôt régional des résultats cliniques, Horaire plus, Images, Prasat, etc.

Outre les projets susmentionnés, les ressources du Technocentre ont répondu à plus de 25 000 requêtes de service, le service conseil a effectué pour 252 jours/personne de projet, l'équipe de programmation a développé l'équivalent de plus de 800 jours/personne.

4

DONNÉES FINANCIÈRES

4.1 DONNÉES FINANCIÈRES RELATIVES AUX ÉTABLISSEMENTS DE LA RÉGION ET AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES SUBVENTIONNÉS PAR L'AGENCE

4.1.1 BUDGET NET DE FONCTIONNEMENT DES ÉTABLISSEMENTS

CODE	NOM	BUDGET NET DE FONCTIONNEMENT 2005-2006 (Note 1)	BUDGET NET DE FONCTIONNEMENT 2004-2005 (Note 1)	BUDGET NET ÉCART 2005-2006 ET 2004-2005	SURPLUS (DÉFICIT) Selon AS-471 2005-2006	SURPLUS (DÉFICIT) Selon analyse 2004-2005	ÉCART 2005-2006 ET 2004-2005
	CENTRES HOSPITALIERS DE COURTE DURÉE						
11042371	CH universitaire de Québec	394 442 323 $	366 705 897 $	27 736 426 $	(10 670 477 $)	(16 785 277 $)	6 114 800 $
11888062	CH Robert-Giffard	105 261 139 $	100 646 916 $	4 614 223 $	456 077 $	112 526 $	343 551 $
13163092	CH *affilié* universitaire de Québec	211 118 465 $	195 513 474 $	15 604 991 $	(3 442 316 $)	(4 403 013 $)	960 697 $
13623616	Hôpital Laval	147 132 156 $	133 946 713 $	13 185 443 $	(932 011 $)	(1 831 587 $)	899 576 $
	Sous-total	857 954 083 $	796 813 000 $	61 141 083 $	(14 588 727 $)	(22 907 351 $)	8 318 624 $
	CENTRES D'HÉBERGEMENT ET DE SOINS DE LONGUE DURÉE						
12409991	Saint-Brigid's Home	6 688 335 $	6 025 938 $	662 397 $	5 516 $	(37 543 $)	43 059 $
12648408	Hôpital Jeffery Hale	11 958 140 $	11 341 747 $	616 393 $	(105 028 $)	(364 244 $)	259 216 $
	Sous-total	18 646 475 $	17 367 685 $	1 278 790 $	(99 512 $)	(401 787 $)	302 275 $
	CENTRES DE RÉADAPTATION						
11042777	Centre de readaptation Ubald-Villeneuve	5 785 379 $	5 810 052 $	(24 673 $)	(33 291 $)	(4 808 $)	(28 483 $)
11042900	Institut de readaptation en deficience physique de Québec	44 419 800 $	41 623 163 $	2 796 637 $	23 500 $	23 463 $	37 $
11043908	Centre de readaptation en deficience intellectuelle de Québec	47 999 949 $	45 474 174 $	2 525 775 $	0 $	0 $	0 $
	Sous-total	98 205 128 $	92 907 389 $	5 297 739 $	(9 791 $)	18 655 $	(28 446 $)
	CENTRES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX						
11043650	CSSS de Portneuf	32 516 996 $	30 260 394 $	2 256 602 $	113 346 $	536 $	112 810 $
11044153	CSSS de la Vieille-Capitale	149 292 522 $	136 721 535 $	12 570 987 $	48 363 $	837 169 $	(788 806 $)
11044161	CSSS de Québec-Nord	114 789 883 $	106 710 857 $	8 079 026 $	18 981 $	437 387 $	(418 406 $)
11044336	CSSS de Charlevoix	64 593 640 $	61 332 527 $	3 261 113 $	89 843 $	(142 230 $)	232 073 $
	Sous-total	361 193 041 $	335 025 313 $	26 167 728 $	270 533 $	1 132 862 $	(862 329 $)

CENTRE DE PROTECTION ENFANCE-JEUNESSE

CENTRE DE READAPTATION POUR JEUNES EN DIFFICULTE D'ADAPTATION

11042868	Les centres jeunesse de Québec	66 671 768 $	63 250 805 $	3 420 963 $	42 175 $	75 994 $	(33 819 $)
	Sous-total	66 671 768 $	63 250 805 $	3 420 963 $	42 175 $	75 994 $	(33 819 $)

CENTRES D'HEBERGEMENT ET DE SOINS DE LONGUE DURÉE PRIVÉS CONVENTIONNÉS

11042520	CH Notre-Dame du Chemin	2 709 796 $	2 583 434 $	126 362 $			
12399820	La Champenoise (Corporation N.-D. de Bon-Secours)	431 403 $	415 963 $	15 440 $			
13027073	CH Saint-Sacrement	3 270 361 $	3 129 022 $	141 339 $			
23190218	Le Centre d'accueil Nazareth	3 568 268 $	3 385 010 $	183 258 $			
25457094	Hôpital Sainte-Monique	3 164 436 $	3 026 239 $	138 197 $			
27508456	Centre d'hébergement Saint-Jean-Eudes	10 255 154 $	7 284 123 $	2 971 031 $			
28694321	CH Saint-François	1 809 790 $	1 709 939 $	99 851 $			
51230175	CH Champlain des Montagnes (note 2)	4 703 153 $	4 091 011 $	612 142 $			
54583091	CHSLD Saint-Augustin	4 677 490 $	4 273 712 $	403 778 $			
	Sous-total	34 589 851 $	29 898 453 $	4 691 398 $			

SOMMAIRE

CENTRES HOSPITALIERS DE COURTE DURÉE	857 954 083 $	796 813 000 $	61 141 083 $	(14 588 727 $)	(22 907 351 $)	8 318 624 $
CENTRES D'HÉBERGEMENT ET DE SOINS DE LONGUE DURÉE	18 646 475 $	17 367 685 $	1 278 790 $	(99 512 $)	(401 787 $)	302 275 $
CENTRES DE RÉADAPTATION	98 205 128 $	92 907 389 $	5 297 739 $	(9 791 $)	18 655 $	(28 446 $)
CENTRES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX	361 193 041 $	335 025 313 $	26 167 728 $	270 533 $	1 132 862 $	(862 329 $)
CENTRE DE PROTECTION ENFANCE-JEUNESSE CENTRE DE RÉADAPTATION POUR JEUNES EN DIFFICULTÉ D'ADAPTATION	66 671 768 $	63 250 805 $	3 420 963 $	42 175 $	75 994 $	(33 819 $)
CENTRES D'HÉBERGEMENT ET DE SOINS DE LONGUE DURÉE PRIVÉS CONVENTIONNÉS	34 589 851 $	29 898 453 $	4 691 398 $			
TOTAL	1 437 260 346 $	1 335 262 645 $	101 997 701 $	(14 385 322 $)	(22 081 627 $)	7 696 305 $

Note 1: Ne tient compte que des sommes inscrites aux extrants budgétaires du système budgétaire et financier régionalisé (SBF-R)
Note 2: Pour les établissements fusionnés en cours d'année 2005-2006, les données 2004-2005 ont été cumulées aux fins de la présentation.

4.1.2 RESSOURCES FINANCIÈRES - RÉSEAU

ALLOCATION POUR LE FINANCEMENT DES SERVICES OFFERTS À LA POPULATION

Au cours de l'exercice, l'Agence a attribué, pour le fonctionnement des activités des établissements et des organismes de la région, un montant de 1 499 324 M$, ce qui représente une augmentation de 87 353 M$ comparativement à l'exercice précédent.

Cette augmentation est composée des éléments suivants :

	M$
Effet associé à la croissance du système salarial et des autres dépenses	47,118
Santé physique (Système du sang)	30,464
Foyer de Clermont : Agrandissement	0,438
Services ambulanciers	5,729
Déficience physique, intellectuelle et trouble envahissant du développement	0,261
Ressources intermédiaires et résidences d'accueil	0,600
SIDA	0,646
CHUQ - HSFA : Agrandissement	0,515
Organismes communautaires	1,477
Violence conjugale	0,105

SUIVI FINANCIER DU RÉSEAU

Pour l'année 2005-2006, la situation financière des établissements publics de la région de Québec s'est améliorée par rapport à l'exercice précédent.

Aussi, les résultats financiers de l'ensemble du réseau pour l'exercice se terminant le 31 mars 2006, incluant les activités accessoires, montrent un déficit global de 11 123 M$. Les principaux déficits se retrouvent dans les établissements suivants :

	M$
Centre hospitalier universitaire de Québec	9,687
Centre hospitalier *affilié* universitaire de Québec	1,336
Hôpital Laval	0,100

AUTORISATION D'EMPRUNT

Au cours de l'année 2005-2006, l'Agence a émis sept autorisations d'emprunts pour des projets d'immobilisations autofinancés totalisant la somme de 9 731 066 $, ce qui représente le montant initialement approuvé.

Établissements	Nbre d'emprunts		Emprunt total
CHA	1		1 372 600 $
CHUQ	2	3 100 000 $ + 765 166 $ =	3 865 166 $
CHRG	1		607 848 $
CSSS de Québec-Nord	2	3 562 665 $ + 47 000 $ =	3 609 665 $
CSSS de Charlevoix	1		275 787 $
Total	**7**		**9 731 066 $**

IMMOBILISATIONS

En ce qui concerne le plan de conservation et de fonctionnalité immobilières (PCFI) des installations existantes, les crédits alloués par le Ministère pour l'année 2005-2006 ont été de 9 710 590 $ pour le volet « rénovation fonctionnelle pour les établissements autres que les CHSLD » et de 16 351 045 $ pour le volet « maintien des actifs ». Le tableau ci-dessous présente la répartition de ces deux enveloppes budgétaires entre les établissements de notre région.

Plan de conservation et de fonctionnalité immobilières
2005-2006
Enveloppes budgétaires réparties par établissement

	Rénovation fonctionnelle	Maintien des actifs
CSSS de Charlevoix	843 000 $	535 061 $
L'Hôpital Jeffery Hale	6 500 $	151 572 $
CH Robert-Giffard	810 000 $	2 268 870 $
CHA	2 650 000 $	2 836 326 $
Hôpital Laval	486 000 $	1 163 560 $
CSSS de la Vieille-Capitale	38 100 $	1 070 465 $
CSSS de Québec-Nord	0 $	645 904 $
CSSS de Portneuf	174 000 $	318 449 $
Saint Brigid's Home inc.	0 $	70 431 $
CHUQ	3 434 193 $	4 007 746 $
IRDPQ	358 000 $	722 056 $
CRDIQ	125 000 $	119 035 $
Centre jeunesse de Québec	185 000 $	499 361 $
Frais de gestion alloués par le Ministère à l'Agence	112 500 $	0 $
Projets spéciaux et réserve pour les projets urgents	488 297 $	1 942 209 $
Total :	**9 710 590 $**	**16 351 045 $**

Ces attributions sont en fonction des crédits alloués par le Ministère pour l'exercice 2005-2006.

Par ailleurs, dans le cadre du programme pour les projets majeurs de maintien des actifs d'un coût supérieur à 2 M$, le Ministère a alloué un budget de 3,1 M$ pour le remplacement et la mise en réseau des génératrices du réseau d'alimentation électrique d'urgence de l'Hôpital Laval.

En ce qui concerne la construction de bâtiments neufs, les projets suivants méritent d'être soulignés :

- Le Centre d'hébergement Champlain Des Montagnes, construit au coût de 16,9 M$ et dont le Centre de santé et de services sociaux de Québec-Nord a pris possession en octobre 2005.
- L'urgence de l'Hôpital Saint-François d'Assise, construite au coût de 15,2 M$ et qui a été inaugurée en février 2006.
- Le Centre de recherche clinique et évaluative en oncologie (CRCEO) de L'Hôtel-Dieu de Québec, construit au coût de 36,6 M $ et livré en mars 2006.
- Le Centre de recherche en génomique du CHUL, dont la construction au coût de 27,2 M$ a débuté en octobre 2005.
- Le point de service de CLSC de Pont-Rouge, dont la construction au coût de 1,3 M$ a débuté en décembre 2005.

ÉQUIPEMENTS

Plan triennal 2005-2006	**7 992 214 $**
Maintien des actifs et renouvellement d'équipements médicaux spécialisés	3 039 173 $
Acquisition de nouveaux équipements médicaux	3 904 357 $
Actifs informationnels	251 215 $
Actifs informationnels Technocentre régional	200 000 $
Remplacement de véhicules pour le transport des bénéficiaires	200 000 $
Réserve régionale	397 469 $
Dépenses de nature capitalisable	**4 108 465 $**
DNC	3 404 012 $
Actifs informationnels	704 453 $
Autorisations particulières	**19 141 400 $**
Achat et installation d'un appareil de résonance magnétique au CHA - Hôpital du Saint-Sacrement / ND : 10-969	2 900 000 $
Salle de radiographie numérique à l'urgence du CHA / Hôpital Enfant-Jésus - Haute-Technologie 2004-2005 recommandations finales / ND : 09-438	600 000 $
Équipements CUOQ / Urgence de l'oeil - Hôpital du Saint-Sacrement du CHA / ND : 10-200	558 000 $
Acquisition et installation d'un tomodensitomètre Hôpital Laval - Haute technologie 2004-2005 recommandations finales (dont 100 000 $ pour l'installation) / ND : 11-458	1 500 000 $
Acquisition du mobilier et de l'équipement médical spécialisé relié au projet de construction d'un complexe à Charlesbourg appelé CLSC-CHSLD La Source - Projet no 00157 / ND : 10-162	2 426 000 $
Système de monitorage - CSSS de Portneuf - Haute technologie 2004-2005 recommandations finales / ND : 11-445	90 000 $
Financer l'acquisition du mobilier et de l'équipement médical spécialisé reliés au projet d'agrandissement et de rénovation de l'urgence de l'Hôpital Saint-François d'Assise du CHUQ / ND : 09-768	1 753 000 $
Financer l'acquisition du mobilier et de l'équipement médical spécialisé reliés au projet de construction d'un centre de recherche clinique et évaluative en oncologie à L'Hôtel-Dieu de Québec du CHUQ / ND : 09-834	830 400 $
Financer l'achat d'une caméra hybride, soit un tomographe par émission de positrons combiné à un tomodensitomètre à L'Hôtel-Dieu de Québec du CHUQ / ND : 10-943	800 000 $
Appareils d'anesthésie (24) CHUQ - Haute technologie 2004-2005 - recommandations finales / ND : 11-459	2 640 000 $
Laser Nd-YAG et Laser Holmium-YAG à Saint-François d'Assise du CHUQ - Haute technologie 2004-2005 recommandations finales / ND : 11-460	370 000 $
Respirateurs (27) - CHUQ - Haute technologie 2004-2005 recommandations finales / ND : 11-099	1 485 000 $
Acquisition d'une radioscopie interventionnelle au CHUQ - CHUL / ND : 10-961	1 063 000 $
Acquisition d'une radioscopie interventionnelle au CHUQ / L'Hôtel-Dieu de Québec / ND : 10-962	1 063 000 $
Acquisition d'une radioscopie interventionnelle au CHUQ / Saint-François d'Assise / ND : 10-963	1 063 000 $

Aides techniques aux personnes handicapées - Subvention récurrente 2005-2006	**823 485 $**
Équipements amortissables acquis en cours d'année relativement à l'oxygénothérapie - Hôpital Laval / Subvention récurrente aides techniques 2005-2006 / ND : 11-038	142 524 $
Aides pour la ventilothérapie à domicile - Hôpital Laval / Subvention récurrente aides techniques 2005-2006 / Fiduciaire de l'est du Québec / ND : 11-038	40 000 $
Aides à la vie quotidienne et à la vie domestique - CSSS de la Vieille-Capitale / Subvention récurrente aides techniques 2005-2006 / ND : 11-038	95 961 $
Hémodyalise à domicile - CHUQ / L'Hôtel-Dieu de Québec - Subvention récurrente aides techniques 2005-2006 / Fiduciaire de l'est du Québec / ND : 11-038	25 000 $
Tricycles, vélos adaptés, triporteurs, quadriporteurs et ambulateurs - IRDPQ / Subvention récurrente aides techniques 2005-2006 / Fiduciaire de l'est du Québec / ND : 11-038	520 000 $
«Équipements - Soutien à domicile» - Subvention non récurrente 2005-2006	**2 279 306 $**
Équipements diagnostiques et médicaux destinés aux services et soutien à domicile (SAD) / CLSC-CHSLD - CSSS de Charlevoix / Budget non récurrent 2005-2006 / ND : 11-236	19 359 $
Aides à la ventilothérapie à domicile et équipements amortissables en oxygénothérapie (Fiduciaire national) : Acquisition ou renouvellement d'équipements pour le service régional des soins respiratoires spécialisés à domicile - Hôpital Laval / Budget non récurrent 2005-2006 / ND : 11-236	248 206 $
Équipements diagnostiques et médicaux destinés aux services et soutien à domicile (SAD) / CLSC-CHSLD - CSSS de la Vieille-Capitale / Budget non récurrent 2005-2006 / ND : 11-236	156 217 $
Équipements diagnostiques et médicaux destinés aux services et soutien à domicile (SAD) / CLSC-CHSLD - CSSS de Québec-Nord / Budget non récurrent 2005-2006 / ND : 11-236	134 613 $
Équipements diagnostiques et médicaux destinés aux services et soutien à domicile (SAD) pour le Parc régional centralisé des aides techniques - CSSS de Québec-Nord / Budget non récurrent 2005-2006 / ND : 11-236	359 757 $
Équipements diagnostiques et médicaux destinés aux services et soutien à domicile (SAD) / CLSC-CHSLD - CSSS de Portneuf / Budget non récurrent 2005-2006 / ND : 11-236	27 803 $
Équipements - Services à domicile / Volet 4 - Aides techniques à la locomotion = Ambulateur, triporteur, quadriporteur / Fiduciaire de l'est du Québec - IRDPQ / Budget non récurrent 2005-2006 / ND : 11-236	1 221 000 $
Acquisition de pompes VAC (5X) vs Équipements diagnostiques et médicaux destinés aux services de soutien à domicile (SAD) / CLSC-CHSLD / Budget non récurrent 2005-2006 / ND : 11-236	112 351 $
TOTAL	**34 344 870 $**
Autres subventions	
Projets Fondation canadienne pour l'innovation	**8 282 360 $**
TOTAL	**8 282 360 $**

4.1.3 SUBVENTIONS AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

L'Agence s'est dotée, le 12 mars 1998 (résolution 45-CA-07), d'une Politique de reconnaissance et de soutien aux organismes communautaires. En adoptant cette politique, l'Agence s'est donnée des orientations et un cadre de référence dans ses rapports de partenariat avec les organismes communautaires qui œuvrent dans le secteur de la santé et des services sociaux dans la région de la Capitale-Nationale.

Cette politique précise notamment les modes de financement des organismes communautaires (principalement par le Programme de soutien aux organismes communautaires) ainsi que les critères d'admissibilité au financement et de reddition de comptes.

Le soutien financier accordé aux organismes communautaires, pour l'année financière 2005-2006, a été octroyé dans le respect des orientations et des normes édictées par cette Politique régionale de reconnaissance et de soutien des organismes communautaires.

Type d'organismes communautaires	Nombre d'organismes
1. Organismes en promotion et services	170
2. Organismes en maintien à domicile	29
Total	199

SUBVENTIONS AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES[22]

SOMMAIRE	Subventions récurrentes $	%	Subventions non récurrentes	Total $	%
PROGRAMME DE SOUTIEN AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES					
Financement de base					
Aide et entraide	6 871 423 $		0 $	6 871 423 $	
Sensibilisation, promotion et défense des droits	1 378 994 $		0 $	1 378 994 $	
Hébergement communautaire	4 036 091 $		0 $	4 036 091 $	
Milieux de vie	11 175 979 $		0 $	11 175 979 $	
Financement par objectifs	6 273 906 $		0 $	6 273 906 $	
Sous-total	**29 736 393 $**	93,15 %	**0 $**	**29 736 393 $**	90,32 %
Plan d'action régional de santé publique					
Violence, abus et négligence envers les enfants et troubles de comportement des jeunes	6 367 $		0 $	6 367 $	
Violence faite aux femmes en milieu familial	73 722 $		0 $	73 722 $	
Toxicomanie	17 120 $		0 $	17 120 $	
Santé mentale	135 652 $		0 $	135 652 $	
Obstacles à l'intégration sociale des personnes âgées	109 456 $		0 $	109 456 $	
Lutte à la pauvreté	135 726 $		0 $	135 726 $	
Sous-total	**478 043 $**	1,50 %	**0 $**	**478 043 $**	1,45 %
Autres sources de financement					
Activités en santé mentale	494 990 $		0 $	494 990 $	
Autres montants récurrents	680 060 $		0 $	680 060 $	
Programme d'aide aux joueurs pathologiques	532 060 $		0 $	532 060 $	
Programme d'aide aux personnes âgées en perte d'autonomie			75 000 $	75 000 $	
Plan d'action régional concerté MTS/SIDA et ITSS			287 000 $	287 000 $	
Autres montants non récurrents			640 492 $	640 492 $	
Sous-total	**1 707 110 $**	5,35 %	**1 002 492 $**	**2 709 602 $**	8,23 %
TOTAL	**31 921 546 $**	100,00 %	**1 002 492 $**	**32 924 038 $**	100,00 %

[22] L'information détaillée sur le financement accordé par organisme communautaire est présentée à l'annexe 14.

4.2 RAPPORT DE LA DIRECTION

Québec, le 20 septembre 2006

Les états financiers condensés de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale ont été dressés par la direction qui est responsable de leur préparation et de leur présentation, y compris les estimations et les jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des conventions comptables appropriées et qui respectent les principes comptables généralement reconnus du Canada, sauf dans les cas d'exception prévus au Manuel de gestion financière édicté en vertu de l'article 477 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. Les renseignements financiers contenus dans le reste du rapport annuel de gestion concordent avec l'information donnée dans les états financiers.

Pour s'acquitter de ses responsabilités, la direction maintient un système de contrôles comptables internes, conçu en vue de fournir l'assurance raisonnable que les biens sont protégés et que les opérations sont comptabilisées correctement et en temps voulu, qu'elles sont dûment approuvées et qu'elles permettent de produire des états financiers fiables.

L'Agence reconnaît qu'elle est responsable de gérer ses affaires conformément aux lois et règlements qui la régissent. Le conseil d'administration doit surveiller la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière et il a approuvé les états financiers. Il est assisté dans ses responsabilités par le comité de vérification. Ce comité rencontre la direction et le vérificateur, examine les états financiers condensés et en recommande l'approbation au conseil d'administration.

Le Vérificateur général du Québec a procédé à la vérification des états financiers condensés de l'Agence, conformément aux normes de vérification généralement reconnues du Canada, et son rapport du vérificateur expose l'étendue et la nature de cette vérification et l'expression de son opinion. Le Vérificateur général du Québec peut, sans aucune restriction, rencontrer le comité de vérification pour discuter de tout élément qui concerne sa vérification.

Michel Fontaine
Président-directeur général

François Dion
Directeur régional du financement
et des immobilisations

4.3 RAPPORT DU VÉRIFICATEUR GÉNÉRAL ET ÉTATS FINANCIERS DE L'AGENCE

4.3.1 RAPPORT DU VÉRIFICATEUR SUR LES ÉTATS FINANCIERS CONDENSÉS

VÉRIFICATEUR
GÉNÉRAL DU QUÉBEC

Aux membres du conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale

Les états financiers condensés et les renseignements complémentaires condensés ci-joints ont été établis à partir du rapport financier annuel de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale au 31 mars 2006 et pour l'exercice terminé à cette date à l'égard duquel le Vérificateur général du Québec a exprimé une opinion sans réserve dans son rapport daté du 9 juin 2006. Le rapport financier annuel est dressé selon les conventions comptables décrites dans la note complémentaire 2, et est présenté dans la forme prescrite par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. La présentation d'un résumé fidèle du rapport financier annuel relève de la responsabilité de la direction de l'Agence. Ma responsabilité consiste à faire rapport sur les états financiers condensés.

À mon avis, les états financiers condensés ci-joints présentent, à tous les égards importants, un résumé fidèle du rapport financier annuel correspondant selon les conventions comptables décrites dans la note complémentaire 2.

Les états financiers condensés ci-joints ne contiennent pas toutes les informations requises. Le lecteur doit garder à l'esprit que ces états financiers risquent de ne pas convenir à ses fins. Pour obtenir de plus amples informations sur la situation financière, les résultats d'exploitation et les flux de trésorerie de l'Agence, le lecteur devra se reporter au rapport financier annuel correspondant.

Ces états financiers condensés, qui n'ont pas été établis, et qui n'avaient pas à être établis, selon les principes comptables généralement reconnus du Canada, sont fournis uniquement à titre d'information et pour être utilisés par le ministère de la Santé et des Services sociaux et les administrateurs de l'Agence conformément à l'article 395 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. Ces états financiers condensés ne sont pas destinés à être utilisés, et ne doivent pas l'être, par des personnes autres que les utilisateurs déterminés, ni à aucune autre fin que la ou les fins auxquelles ils ont été établis.

Le vérificateur général du Québec,

Renaud Lachance, CA
Québec, le 20 septembre 2006

4.3.2 FONDS D'EXPLOITATION

RÉSULTATS

Exercice terminé le 31 mars 2006

	Activités principales		Activités accessoires	
	Exercice courant $	Exercice précédent $	Exercice courant $	Exercice précédent $
PRODUITS				
Subventions Ministère				
- Budget signifié	13 395 287	11 780 199	129 494	137 052
- (Diminution) ou augmentation du financement	130 000	-134 137		-5 455
	13 525 287	11 646 062	129 494	131 597
Revenus d'intérêts	39 673	64 823	40 419	30 146
Revenus d'autres sources				
- Contributions de fonds affectés	112 500	110 528		
- Autres	2 275 169	1 433 057	59 344	158 915
	15 952 629	13 254 470	229 257	320 658
CHARGES D'EXPLOITATION ET DÉPENSES D'IMMOBILISATIONS				
Charges d'exploitation				
- Salaires - personnel cadre	1 627 186	1 385 842		
- Salaires - personnel autre	6 822 729	4 272 189	48 445	48 267
- Avantages sociaux généraux - personnel cadre	239 402	220 423		
- Avantages sociaux généraux - personnel autre	1 327 886	927 096	7 719	1 653
- Avantages sociaux particuliers - personnel cadre	26 633	11 937		
- Avantages sociaux particuliers - personnel autre	358 279	108 364	435	7 101
- Charges sociales - personnel cadre	169 690	139 431		
- Charges sociales - personnel autre	895 499	513 317	5 796	5 913
- Frais de déplacement et d'inscription	192 238	121 247	1 331	2 845
- Services achetés	1 234 269	738 516	65 112	38 491
- Communications	250 526	154 486		99 029
- Loyer	1 193 197	762 322		
- Location d'équipement	48 329	42 854		
- Fournitures de bureau	246 542	103 454		87
- Autres frais	1 103 605	3 650 099	60 000	87 126
- Transfert de frais généraux	-199 800	-189 800		
	15 536 210	12 961 777	188 838	290 512
Dépenses d'immobilisations	365 213	236 329		
	15 901 423	13 198 106	188 838	290 512
EXCÉDENT	51 206	56 364	40 419	30 146

4.3.3 FONDS DES ACTIVITÉS RÉGIONALISÉES

RÉSULTATS

	Exercice terminé le 31 mars 2006	
	Exercice courant $	Exercice précédent $
PRODUITS		
Crédits régionaux destinés aux établissements	4 075 041	6 520 076
Contributions des établissements	3 195 085	2 282 976
Revenus d'intérêts	114 358	46 214
Contributions de fonds affectés	428 011	447 510
Revenus d'autres sources	1 407 342	1 581 532
	9 219 837	10 878 308
CHARGES D'EXPLOITATION ET DÉPENSES D'IMMOBILISATIONS		
Charges d'exploitation		
- Salaires - personnel cadre	64 493	
- Salaires - personnel autre	2 526 657	2 000 710
- Avantages sociaux généraux - personnel cadre	10 342	
- Avantages sociaux généraux - personnel autre	368 625	80 164
- Avantages sociaux particuliers - personnel cadre	862	
- Avantages sociaux particuliers - personnel autre	47 559	395 978
- Charges sociales - personnel cadre	7 131	
- Charges sociales - personnel autre	318 376	259 863
- Frais de déplacement et d'inscription	62 742	48 607
- Services achetés	4 099 475	4 050 795
- Communications	24 425	20 608
- Loyer	9 279	
- Location d'équipement	9 321	3 711
- Fournitures de bureau	44 032	23 398
- Autres frais	878 574	2 274 962
- Transferts de frais généraux	199 800	189 800
- Contributions à des fonds affectés	329	309 000
- Autres	917	
	8 672 939	9 657 596
Dépenses d'immobilisations	376 674	244 591
	9 049 613	9 902 187
EXCÉDENT	170 224	976 121

4.3.4 FONDS COMBINÉS

SOLDE DE FONDS

Exercice terminé le 31 mars 2006

	Fonds d'exploitation			
	Activités principales $	Avoir propre $	Fonds d'immobilisations $	Fonds des activités régionalisées $
SOLDE CRÉDITEUR AU DÉBUT	**150 003**	**1 190 843**	**77 648 121**	**4 856 524**
ADDITIONS				
Excédent des produits sur les charges d'exploitation et les dépenses d'immobilisations	51 206	40 419		170 224
Régularisations - autres	1 088 944			802 243
Autres éléments				695 686
Libération de surplus		150 003		
Acquisitions d'immobilisations à même les produits des fonds				
- Fonds d'exploitation - activités principales			365 213	
- Fonds affectés			22 280 338	
- Fonds des activités régionalisées			376 674	
Autres			251 706	6 440
	1 140 150	190 422	23 273 931	1 674 593
DÉDUCTIONS				
Régularisations - autres	32 440			1 176
Libération de surplus	150 003			
Autres			195 012	1 051
	182 443		195 012	2 227
VARIATION DE L'EXERCICE	957 707	190 422	23 078 919	1 672 366
SOLDE CRÉDITEUR À LA FIN	**1 107 710**	**1 381 265**	**100 727 040**	**6 528 890**

4.3.5 FONDS COMBINÉS

BILAN

Au 31 mars 2006

	Fonds d'exploitation		Fonds des activités régionalisées	
	Exercice courant $	Exercice précédent $	Exercice courant $	Exercice précédent $
ACTIF				
À court terme				
Encaisse	2 757 183	1 710 642	4 733 518	3 428 503
Débiteurs :				
- Ministère	229 114	167 056	996 216	695 910
- Établissements	139 511	61 961	1 276 583	824 756
- Fonds affectés	112 500		165 512	367 905
- Autres	789 332	390 388	502 686	807 929
Taxes à recevoir	41 303	26 123	69 323	68 490
Autres éléments			950	
	4 068 943	2 356 170	7 744 788	6 193 493
PASSIF				
À court terme				
Découvert de banque			375 406	319 322
Créditeurs :				
- Établissements	73 108	184 531	9 351	425 497
- Autres	1 423 441	668 044	413 428	592 150
Revenus reportés : Programme d'aide aux joueurs pathologiques	6 465	10 847		
Autres revenus reportés	76 954	151 902	417 713	
	1 579 968	1 015 324	1 215 898	1 336 969
SOLDE DE FONDS	2 488 975	1 340 846	6 528 890	4 856 524
	4 068 943	2 356 170	7 744 788	6 193 493

4.3.6 FONDS D'IMMOBILISATIONS

BILAN

Au 31 mars 2006

	Exercice courant $	Exercice précédent $
ACTIF		
Immobilisations	100 727 040	77 648 121
	100 727 040	77 648 121
PASSIF		
Passif à court terme	...	...
SOLDE DE FONDS	100 727 040	77 648 121
	100 727 040	77 648 121

4.3.7 FONDS AFFECTÉS CUMULÉS

BILAN

Au 31 mars 2006

	Exercice courant $	Exercice précédent $
ACTIF		
À court terme		
Encaisse	4 882 209	4 920 973
Débiteurs:		
- Ministère - subvention	129 069 477	116 557 253
- Ministère - subvention pour intérêts sur emprunts	605 295	318 658
- Établissements	60 929 663	28 321 329
- Taxes à recevoir	407 401	160 185
- Autres	315 770	353 799
	196 209 815	150 632 197
À long terme - Enveloppes décentralisées	299 515 217	292 825 095
	495 725 032	443 457 292
PASSIF		
À court terme		
Découvert de banque	119 314	36 944
Emprunts de banque	60 884 782	28 315 810
Intérêts sur emprunts à payer	825 091	483 364
Créditeurs et charges à payer:		
- Établissements	125 013 113	98 121 447
- Organismes		10 000
- Fonds d'exploitation	112 500	
- Fonds des activités régionalisées	165 512	367 905
- Autres	1 446 242	1 450 600
- Autres éléments	128 062	
	188 694 616	128 786 070
Dette à long terme - Enveloppes décentralisées	299 515 217	292 825 095
	488 209 833	421 611 165
SOLDE DE FONDS	7 515 199	21 846 127
	495 725 032	443 457 292

4.3.8 FONDS AFFECTÉS CUMULÉS

SOLDE DE FONDS

Exercice terminé le 31 mars 2006

	Exercice courant $	Exercice précédent $
SOLDE DU DÉBUT	21 846 127	10 951 832
Récupération par le Ministère	710 137	319 636
Solde du début après récupération	21 135 990	10 632 196
AUGMENTATION		
Ministère	128 184 322	106 066 410
Subvention pour intérêts sur emprunts	1 271 284	1 040 501
Revenus d'intérêt	172 391	141 717
Contributions du fonds des activités régionalisées	329	
Autres	24 834 073	51 844 437
	154 462 399	159 093 065
DIMINUTION		
Attributions :		
- Établissements	90 063 372	80 133 044
- Organismes	11 538	311 116
Intérêts sur emprunts	1 271 284	1 040 501
Contributions au fonds d'exploitation	112 500	110 528
Contributions au fonds des activités régionalisées	398 604	412 410
Charges d'exploitation :		
- Salaires	91 618	98 084
- Avantages sociaux		6 093
- Charges sociales	9 381	4 238
- Frais de déplacement et d'inscription	18 589	14 190
- Services achetés	1 207 190	1 323 687
- Location d'équipement		6 023
- Fournitures de bureau	8 506	1 072
- Autres charges d'exploitation	20 561	257 967
Dépenses d'immobilisations	22 280 338	20 324 500
Autres	52 589 709	43 835 681
	168 083 190	147 879 134
SOLDE À LA FIN DE L'EXERCICE	7 515 199	21 846 127

4.3.9 FONDS AFFECTÉS DES IMMOBILISATIONS

ANALYSE DE LA PROVENANCE ET DE L'UTILISATION DES FONDS

Exercice terminé le 31 mars 2006

	Exercice courant $	Exercice précédent $
SOLDE À ATTRIBUER AU DÉBUT DE L'EXERCICE	**1 855 488**	**327 255**
PROVENANCE		
Ministère	30 915 909	29 576 029
Subvention pour intérêts sur emprunts	307 935	163 301
Revenus d'intérêts	2 613	973
Abrogations	1 730 620	4 195 505
Ministère - intérêts DLT	14 872 861	15 783 197
Autres		1 972
	47 829 938	49 720 977
ATTRIBUTIONS		
Établissements	31 061 877	32 135 718
Intérêts sur emprunts	307 935	163 301
Contributions au fonds d'exploitation	112 500	110 528
Frais d'intérêts DLT	14 872 861	15 783 197
	46 355 173	48 192 744
SOLDE À ATTRIBUER À LA FIN DE L'EXERCICE	**3 330 253**	**1 855 488**

4.3.10 FONDS AFFECTÉS DES ÉQUIPEMENTS

ANALYSE DE LA PROVENANCE ET DE L'UTILISATION DES FONDS

Exercice terminé le 31 mars 2006

	Exercice courant $	Exercice précédent $
SOLDE À ATTRIBUER AU DÉBUT DE L'EXERCICE	**15 946 705**	**3 340 775**
PROVENANCE		
Ministère	75 316 182	60 227 254
Subvention pour intérêts sur emprunts	963 349	877 200
Revenus d'intérêts	4 315	1 890
Abrogations		16 115 242
Autres		155 540
	76 283 846	77 377 126
ATTRIBUTIONS		
Établissements	57 032 933	43 356 639
Intérêts sur emprunts	963 349	877 200
Contributions au fonds des activités régionalisées	213 853	200 000
Charges d'exploitation:		
- Salaires	20 270	20 279
- Charges sociales	2 112	2 095
Autres	11 035 130	
Dépenses d'immobilisations	22 280 338	20 314 983
	91 547 985	64 771 196
SOLDE À ATTRIBUER À LA FIN DE L'EXERCICE	**682 566**	**15 946 705**

4.3.11 FONDS AFFECTÉS DES SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE ET TRANSPORT D'USAGERS ENTRE ÉTABLISSEMENTS

ANALYSE DE LA PROVENANCE ET DE L'UTILISATION DES FONDS

Exercice terminé le 31 mars 2006

	Exercice courant $	Exercice précédent $
SOLDE À ATTRIBUER AU DÉBUT DE L'EXERCICE	**256 407**	**1 330 141**
PROVENANCE		
Ministère	17 547 833	12 233 551
SAAQ		3 838 404
Revenus autonomes	7 127 169	6 959 754
Revenus d'intérêts	54 913	38 862
Contribution des activités régionalisées		309 000
Autres	162 183	20 762
	24 892 098	23 400 333
ATTRIBUTIONS		
Contrats minimaux de services d'ambulance	20 298 701	19 847 314
Particularités régionales	34 490	43 067
Éléments rectifiables	306 447	429 291
Centre de communication santé	2 158 590	2 156 744
Formation et assurance qualité	60 047	75 865
Allocation de retraite	35 000	59 500
Participation au régime de retraite	83 000	83 000
Attribution à des établissements	1 477 673	1 499 834
Ajustements des années antérieures		118 125
Déplacement des usagers	10 000	5 904
Services achetés	62 630	
Autres	139 094	155 423
	24 665 672	24 474 067
SOLDE À ATTRIBUER À LA FIN DE L'EXERCICE	**482 833**	**256 407**

4.3.12 ÉTAT D'ALLOCATION DE L'ENVELOPPE RÉGIONALE DES CRÉDITS

Exercice terminé le 31 mars 2006

	Exercice courant $	Exercice précédent $
ENVELOPPE RÉGIONALE		
Montant de l'enveloppe inscrit dans le système SBF-R	1 478 192 868	1 397 299 806
Montant engagé par le Ministère en fonds affectés à l'Agence et confirmé à l'enveloppe régionale	21 131 237	14 671 189
Montant de l'enveloppe régionale 2003-2004 inscrit dans le système SBF-R	**1 499 324 105**	**1 411 970 995**
AFFECTATION DE L'ENVELOPPE RÉGIONALE		
Allocations aux établissements	1 422 552 533	1 339 487 435
Allocations aux organismes communautaires	32 131 271	29 800 723
Estimé des comptes à payer pourvus (des comptes à recevoir) en fin d'exercice	12 089 722	15 929 785
Montant des affectations de l'enveloppe régionale inscrites dans le système SBF-R	1 466 773 526	1 385 217 943
Fonds affectés : Montant attribué	19 866 762	14 494 786
Fonds affectés : Montant reporté	1 264 475	176 403
Autres allocations versées	11 419 342	12 081 863
	1 499 324 105	**1 411 970 995**

4.4 NOTES AUX ÉTATS FINANCIERS

Exercice terminé le 31 mars 2006

NOTE 1 - Constitution, objets et changement de nom

L'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale a été constituée le 1er janvier 2006 en vertu de la *Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives* (2005, chapitre 32). Elle succède à l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Capitale nationale. Elle a principalement pour objet d'exercer les fonctions nécessaires à la coordination de la mise en place des services de santé et des services sociaux de sa région, particulièrement en matière de financement, de ressources humaines et de services spécialisés.

En vertu des lois fédérale et provinciale de l'impôt sur le revenu, l'Agence n'est pas assujetti aux impôts sur le revenu.

NOTE 2 - Conventions comptables

Le rapport financier annuel de l'Agence a été préparé par la direction selon les principales conventions comptables décrites ci-dessous pour se conformer aux exigences de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* et les conventions émises par le ministère de la Santé et des Services sociaux. La préparation du rapport financier annuel de l'Agence exige que la direction ait recours à des estimations et à des hypothèses. Ces dernières ont une incidence à l'égard de la comptabilisation des actifs et passifs, de la présentation des actifs et passifs éventuels à la date des états financiers ainsi que de la comptabilisation des produits et des charges au cours de la période visée par le rapport financier annuel. Les résultats réels peuvent différer des meilleures prévisions faites par la direction. Les conventions comptables utilisées aux fins de l'établissement du rapport financier annuel s'écartent sensiblement des principes comptables généralement reconnus du Canada dans les cas suivants :

i) Les immobilisations inscrites dans le fonds d'immobilisations ne sont pas amorties; les paiements de l'exercice pour les immobilisations pour les fonds acquéreurs sont inscrits aux dépenses d'immobilisations. En cas d'aliénation d'immobilisations, le montant du produit net résultant de l'aliénation est comptabilisé directement dans le solde du fonds acquéreur;

ii) Aucun passif n'est inscrit en date du bilan à titre de vacances, de congés de maladie et d'heures supplémentaires cumulés par les employés;

iii) Les revenus provenant du ministère de la Santé et des Services sociaux sont comptabilisés sur la base des approbations à l'exception des intérêts. La date limite pour considérer un montant approuvé par le Ministère comme revenu eu égard aux dépenses effectuées avant le 1er avril et imputées à une année financière écoulée est la date de confirmation du budget final effectuée après la fin d'exercice;

iv) De façon générale, un compte à payer n'est inscrit que lorsque les travaux ont été exécutés, les marchandises reçues ou les services rendus. Cependant, un compte à payer est inscrit lors de l'autorisation (engagement budgétaire) pour l'acquisition et le développement d'immobilisations dans les fonds affectés des immobilisations et des équipements;

v) Pour le fonds d'exploitation, les revenus spécifiques pour des activités récurrentes qui se réaliseront au cours de l'exercice subséquent ne sont pas toujours reportés;

vi) Pour les fonds affectés, les subventions accordées avant le 1er janvier de l'exercice pour des activités qui se réaliseront au cours des exercices subséquents ne sont pas toujours reportées;

vii) Aucun bilan, état des résultats et/ou solde de fonds n'est présenté de façon cumulée pour tous les fonds;

viii) Les fonds autres que les fonds d'exploitation et les fonds d'activités régionalisées ne présentent pas d'état des résultats. Toutes les opérations sont inscrites directement au solde de fonds;

ix) Les contrats de location-acquisition, intervenus avant le 31 mars 2003, sont comptabilisés comme des contrats de location-exploitation, s'il y avait lieu;

x) L'information sur la juste valeur de chaque catégorie d'actifs financiers et de passifs financiers, constatés et non constatés n'est pas présentée;

xi) Les ajustements des revenus et des dépenses de chacun des fonds, s'appliquant aux exercices antérieurs, sont comptabilisés dans le solde du fonds correspondant. Cependant, les chiffres de l'exercice antérieur fournis pour fins de comparaison ne sont jamais redressés même si l'impact de ces redressements peut être déterminé;

xii) La dépense d'intérêts sur la dette à long terme et la subvention correspondante sont comptabilisées selon la méthode de la comptabilité de caisse.

Comptabilité par fonds

L'Agence utilise les principes de la comptabilité par fonds. Voici la description sommaire des principaux fonds :

i) Le fonds d'exploitation regroupe les opérations courantes de fonctionnement (activités principales et accessoires) et les dépenses d'immobilisations qu'elles requièrent;

ii) Le fonds d'immobilisations cumule les actifs immobilisés acquis par le fonds d'exploitation, le fonds des activités régionalisées et les fonds affectés et montre le solde de la dette correspondante;

iii) Le fonds des activités régionalisées regroupe les opérations relatives à la fonction de représentant d'établissements ou à toute autre fonction et activité à portée régionale confiée par les établissements et qu'elle assume dans les limites de ses pouvoirs;

iv) Les fonds affectés sont constitués de subventions reliées à des programmes ou services précisément définis et confiés à l'Agence. Cette dernière a le mandat d'assurer les activités reliées aux programmes ou services pour lesquels ces subventions sont octroyées.

Attribution des subventions

Les attributions aux établissements et organismes sont inscrites lorsqu'elles sont autorisées et que le bénéficiaire a satisfait aux critères d'admissibilité, s'il en est.

État des flux de trésorerie

L'état des flux de trésorerie n'est pas présenté, car il n'apporterait pas de renseignements supplémentaires utiles pour la compréhension des mouvements de trésorerie durant l'exercice. Les informations sur les flux de trésorerie des fonds d'exploitation et d'immobilisations se retrouvent à la note 3.

Avoir propre

L'avoir propre est constitué des résultats des activités accessoires et de la partie de l'excédent des revenus sur les dépenses des activités principales des exercices précédents libérée par le Ministère. Lorsque les résultats des activités principales se soldent par un excédent des dépenses sur les revenus, ce montant est imputé en totalité à l'avoir propre.

Immobilisations

Les immobilisations sont inscrites au coût dans le fonds d'immobilisations. Le coût de l'immobilisation est comptabilisé dans le fonds acquéreur jusqu'à concurrence des paiements de l'exercice.

Revenus reportés

L'Agence comptabilise en fin d'exercice des revenus reportés à des activités spécifiques bien identifiées pour lesquelles les revenus sont approuvés à ces fins, mais pour lesquelles les dépenses et services correspondants demeurent à réaliser et dont le financement ne sera pas autrement pourvu.

Pour le fonds d'exploitation, les revenus reportés découlent des situations suivantes :

i) Revenus spécifiques pour des activités non récurrentes qui se réaliseront au cours de l'exercice subséquent;

ii) Subvention spécifiquement identifiée dans un document provenant du Ministère comme étant accordée pour plusieurs exercices financiers.

Pour le fonds des activités régionalisées, les revenus reportés découlent de revenus spécifiques pour des activités qui se réaliseront au cours de l'exercice subséquent.

Pour les fonds affectés, les subventions reportées proviennent des situations suivantes :

i) Subvention spécifiquement identifiée dans un document provenant du Ministère comme étant accordée pour plusieurs exercices financiers;

ii) Subvention reçue en fin d'exercice financier (trois derniers mois de l'exercice) ou au début de l'exercice financier subséquent et dont la réallocation ne peut être effectuée qu'au cours de l'exercice subséquent;

iii) Subvention accordée pour la première année à un fonds affecté pour des activités dont la programmation n'a pu être déterminée dans l'année;

iv) Subvention à redistribuer aux autres agences et dont la répartition n'est pas connue au 31 mars.

Régimes de retraite

La comptabilité des régimes à cotisations déterminées est appliquée aux régimes interentreprises à prestation déterminée gouvernementaux, compte tenu que l'Agence ne dispose pas d'informations suffisantes pour appliquer la comptabilité des régimes à prestation déterminée.

NOTE 3 - Flux de trésorerie

Les flux de trésorerie des fonds d'exploitation et d'immobilisations qui ne sont pas distinctement présentés au rapport financier annuel sont les suivants :

	2006	2005
Fonds d'exploitation :		
Acquisition d'immobilisations sur base de liquidités	365 213 $	236 329 $
Produit de disposition d'immobilisations -	---	---
Fonds des activités régionalisées :		
Acquisition d'immobilisations sur base de liquidités	376 674 $	244 591 $
Produit de disposition d'immobilisations -	---	---
Fonds affectés :		
Acquisition d'immobilisations sur base de liquidités	22 280 338 $	20 334 017 $
Produit de disposition d'immobilisations -	---	---

NOTE 4 - Emprunt bancaire

Au 31 mars, l'Agence dispose d'une marge de crédit autorisée en immobilisations de 20 000 000 $, et en équipements de 50 000 000 $, sur la base d'un taux équivalent à celui des acceptations bancaires, d'un terme de 30 jours d'échéance majoré de 0,30 %. Ces crédits sont disponibles par voie de prêts à terme à taux fixe pour un montant minimum de 100 000 $ et un terme de 30 jours. Pour les termes différents de 30 jours ou des montants inférieurs à 100 000 $, une marge de crédit d'appoint est disponible. Le taux applicable sur ces avances est le taux de base de la banque minoré de 1 %.

Le montant inutilisé au 31 mars 2006 est de 8 290 127 $, dont 4 943 678 $ sur la marge de 20 000 000 $ et 3 346 449 $ sur la marge de 50 000 000 $. La convention de crédit est renégociable le 31 mars 2008.

NOTE 5 - Dette à long terme

La dette à long terme des fonds affectés Immobilisations et Équipements est destinée à financer les enveloppes décentralisées d'immobilisations et d'équipements et est payable à Financement-Québec.

	2006	2005
Marge de crédit d'un montant autorisé de 198 000 000 $, portant intérêt au taux préférentiel moins 1 % et venant à échéance le 31 mars 2023	5 241 473 $	10 609 636 $
Emprunts remboursables par versements annuels variables de capital, échéant le 31 mars 2023. L'intérêt, variant entre 3,97 % et 6,31 %, est payable semestriellement	294 273 744 $	282 215 459 $
	299 515 217 $	292 825 095 $
Tranche échéant à moins d'un an	53 611 970 $	14 758 886 $
	245 903 247 $	278 066 209 $

Les montants des versements en capital à effectuer au cours des cinq prochains exercices se détaillent comme suit :

Années	Montants
2007	53 611 970 $
2008	27 419 297 $
2009	9 292 865 $
2010	46 471 226 $
2011	14 731 705 $

NOTE 6 - Régimes de retraite

Les membres du personnel de l'Agence participent au Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP), au Régime de retraite des fonctionnaires (RRF) ou au Régime de retraite du personnel d'encadrement (RRPE). Ces régimes interentreprises sont à prestations déterminées et comportent des garanties à la retraite et au décès. Les cotisations de l'exercice de l'Agence envers ces régimes gouvernementaux sont assumées par le ministère de la Santé et des Services sociaux et ne sont pas présentés au rapport financier annuel.

NOTE 7 - Provision pour vacances, congés de maladie

Les sommes à payer au 31 mars 2006 au regard des banques de vacances, congés de maladie cumulés ne sont pas inscrites au rapport financier annuel et se détaillent ainsi :

	2006	2005
Vacances	1 129 073 $	1 165 430 $
Congés de maladie	220 615 $	221 125 $
TOTAL	1 349 688 $	1 386 555 $

NOTE 8 - Opérations entre apparentés

En plus des opérations entre apparentés déjà divulguées dans le rapport financier annuel, l'Agence est apparentée avec tous les ministères et les fonds spéciaux ainsi qu'avec tous les organismes et entreprises contrôlés directement ou indirectement par le gouvernement du Québec ou soumis, soit à un contrôle conjoint, soit à une influence notable commune de la part du gouvernement du Québec. L'Agence n'a conclu aucune opération commerciale avec ces apparentés autrement que dans le cours normal de ses activités et aux conditions commerciales habituelles. Ces opérations ne sont pas divulguées distinctement au rapport financier annuel.

NOTE 9 - Engagements

L'Agence s'est engagée en vertu de bail à long terme échéant le 24 avril 2018 sur un immeuble. À l'échéance, l'Agence a l'option de renouveler le présent bail pour deux périodes additionnelles de cinq ans. De plus, l'Agence s'est engagée en vertu d'un protocole d'entente sur l'utilisation de l'Aile "C" du Pavillon «Arthur Vallée». Ce protocole est renouvelable annuellement et a été reconduit jusqu'au 31 août 2007.

La dépense de loyer de l'exercice terminé le 31 mars 2006 concernant ces locaux administratifs et ces biens loués s'élève à 1 061 246 $. Les paiements minimums futurs s'établissent comme suit :

2007	1 222 621 $
2008	880 493 $
2009	636 115 $
2010	636 115 $
2011	636 115 $
2012 et subséquemment	4 452 805 $
	8 464 264 $

NOTE 10 - Éventualité

Une action en justice de 25 826 $ a été intentée en 2004 contre l'Agence. Selon l'opinion de l'Agence, aucun passif important ne peut résulter de ces actions; en conséquence, aucune provision pour perte éventuelle n'est comptabilisée.

NOTE 11 - Chiffres de l'exercice précédent

Certains chiffres de l'exercice 2005 ont été reclassés afin de rendre leur présentation identique à celle de l'exercice 2006.

5

CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS, PARTENAIRES, GESTIONNAIRES ET EMPLOYÉS

5 LE CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS, PARTENAIRES, GESTIONNAIRES ET EMPLOYÉS

Destiné aux administrateurs, aux partenaires, aux gestionnaires et aux employés de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, le présent Code d'éthique et de déontologie est une version actualisée du document « Code d'éthique » adopté et publié en septembre 1994.

Dans le cadre de sa mission de planification, d'organisation et d'évaluation de l'ensemble des services de santé et des services sociaux, la Régie régionale doit pouvoir compter sur la conscience individuelle et professionnelle de ces personnes en vue d'assurer notamment le maintien et l'amélioration de l'état de santé et du bien-être de la population.

En conséquence, les administrateurs, les partenaires, les gestionnaires et les employés sont des acteurs de premier plan des services de notre organisme.

Responsables devant la loi, en considération des ressources publiques qui sont confiées à la Régie régionale, les administrateurs, les partenaires, les gestionnaires et les employés de la Régie régionale se doivent, en ce sens, d'adopter une conduite qui témoigne de leur dévouement au service public et qui soit empreinte d'une éthique élevée.

Le présent document n'a pas la prétention de réglementer les actions quotidiennes de tous et chacun, mais plutôt de faire appel au sens des responsabilités et au jugement de nos administrateurs, de nos partenaires, de nos gestionnaires et de nos employés. Il revient à chacun, dans sa conduite professionnelle, d'avoir comme préoccupation constante le respect de nos obligations déontologiques et d'adhérer aux principes éthiques définis dans ce code.

Les obligations et les principes définis dans le présent code s'ajoutent à ceux établis par la loi, un règlement ou un autre code applicables. En cas de divergence, les obligations et les principes les plus exigeants s'appliquent.

I. PRINCIPES ÉTHIQUES

1. Les administrateurs, les partenaires, les gestionnaires et les employés adhèrent aux principes suivants :

a) Impartialité : ils ne doivent manifester aucune préférence ni parti pris indu incompatible avec la justice et l'équité et ne faire montre d'aucun préjugé lié au sexe, à la race, à la couleur, à la religion, à un handicap ou aux convictions politiques d'une personne ou d'un groupe de personnes.

b) Loyauté : ils adhèrent de bonne foi aux principes démocratiques de notre société et, en conséquence, respectent les lois qui les régissent. Ils doivent également défendre les intérêts de la Régie régionale, avec probité, droiture et honnêteté.

c) Respect : ils doivent agir avec courtoisie, considération et égards envers les autres, tant dans leurs paroles que dans leurs attitudes, et ils doivent également faire preuve de respect envers la Régie régionale durant leur mandat et après la fin de ce dernier.

II. OBLIGATIONS DÉONTOLOGIQUES

2. **Administrateurs** : membres du conseil d'administration de la Régie régionale, incluant le président-directeur général, ils contribuent à la réalisation de la mission de l'État, à la bonne administration de ses biens et sont les gardiens des décisions démocratiques.

2.1 Information : l'administrateur a le devoir d'agir avec rigueur et, à cette fin, de s'informer des dossiers soumis à son attention et de communiquer à ses collègues l'information pertinente.

2.2 Discrétion : l'administrateur doit garder secrets les faits et les renseignements dont il prend connaissance et qui revêtent un caractère confidentiel, dont ceux découlant de l'application de la Politique administrative relative à la sécurité des actifs informationnels et de télécommunication et à la protection des données et des renseignements confidentiels de la Régie régionale. De plus, il doit adopter une attitude de réserve à l'égard de tous les faits ou informations qui sont portés directement ou indirectement à son attention et qui seraient de nature à nuire à l'intérêt public ou à porter atteinte à la vie privée des citoyens.

Cette obligation n'a pas pour effet d'empêcher un administrateur représentant ou lié à un groupe d'intérêts particuliers de le consulter ni de lui communiquer des renseignements, sauf si l'information est confidentielle en vertu de la loi ou si le conseil d'administration exige le respect de la confidentialité.

2.3 Prudence et diligence : l'administrateur s'engage à agir avec soin, prudence et diligence dans ses fonctions comme le ferait une personne raisonnable, selon ses connaissances et ses responsabilités.

2.4 Honnêteté : l'administrateur doit faire preuve de probité et de droiture. Il doit éviter de se placer en situation d'abus de confiance, de corruption ou de tentative de corruption ou en toute autre situation à caractère frauduleux qui risquerait d'entacher son mandat et ses fonctions à la Régie régionale. Il doit notamment s'abstenir de tout échange de procédés illégitimes avec ses collègues du conseil d'administration, les partenaires, les gestionnaires et les employés de la Régie régionale.

De même, il ne doit pas accorder, solliciter ou accepter une faveur ou un avantage indu, ni utiliser à son avantage, ou pour une autre personne, un bien de la Régie régionale ou une information qu'il détient.

2.5 Absence de conflit d'intérêts : l'administrateur ne doit pas placer son intérêt personnel au-dessus de l'intérêt public en vertu duquel il exerce ses fonctions. La notion de conflit d'intérêts est une notion très large. De fait, pour qu'il y ait conflit d'intérêts, il suffit qu'il existe une situation de conflit potentiel, une possibilité réelle que l'intérêt personnel, qu'il soit pécuniaire ou moral, soit préféré à l'intérêt public. Il n'est donc pas nécessaire que l'administrateur ait réellement profité de sa charge pour servir ses intérêts ou qu'il ait contrevenu aux intérêts de la Régie régionale.

Par conséquent, l'administrateur :

- doit éviter de se placer dans une situation de conflit entre son intérêt personnel et les obligations liées à ses fonctions;

- doit révéler à la Régie régionale tout intérêt direct ou indirect qu'il a dans un organisme, une entreprise ou une association, susceptible de le placer dans une situation de conflit d'intérêts, ainsi que les droits qu'il peut faire valoir contre la Régie régionale, et préciser, le cas échéant, leur nature et leur valeur;

- doit, s'il n'est pas à temps plein et s'il a un intérêt direct ou indirect dans un organisme, une entreprise ou une association qui met en conflit son intérêt personnel et celui de la Régie régionale, révéler par écrit cet intérêt au président du conseil d'administration et, le cas échéant, s'abstenir de participer à toute délibération et à toute décision mettant en cause l'organisme, l'entreprise ou l'association dans lequel il a cet intérêt. Il doit en outre se retirer de la séance pour la durée des délibérations et du vote sur cette question;

- ne peut, s'il est à temps plein, sous peine de révocation, avoir un intérêt direct ou indirect dans un organisme, une entreprise ou une association mettant en conflit son intérêt personnel et celui de la Régie régionale; toutefois, cette révocation n'a pas lieu si un tel intérêt lui est échu par succession ou donation pourvu qu'il y renonce ou en dispose avec diligence.

2.6 Acceptation d'avantages et rémunération : l'administrateur ne peut accepter aucun cadeau, aucune marque d'hospitalité ou autre avantage que ceux d'usage et d'une valeur modeste.

L'administrateur qui reçoit un avantage à la suite d'un manquement au présent code est redevable à l'État de l'avantage reçu.

2.7 Service public : l'administrateur a été nommé pour contribuer à la réalisation de la mission de l'État, en santé et services sociaux, en vue du mieux-être de la population et des citoyens; le fait d'être un administrateur de la Régie régionale ne donne aucun pouvoir ou privilège quant aux services de santé et services sociaux auxquels une personne a droit et il doit agir dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés.

2.8 L'après-mandat : l'administrateur doit, après la fin de son mandat, respecter la confidentialité de tout renseignement, débat, échange et discussion de quelque nature que ce soit et dont il a eu connaissance dans l'exercice de ses fonctions ou, selon le cas, de ses responsabilités, ou des deux à la fois.

L'administrateur qui a cessé d'exercer ses fonctions ne doit pas divulguer, outre les éléments visés au précédent alinéa, une information confidentielle qu'il a obtenue, ni donner à quiconque des conseils fondés sur de l'information non accessible au public concernant la Régie régionale pour laquelle il a travaillé, ou un autre organisme ou entreprise avec lequel il avait des rapports directs importants au cours de l'année qui a précédé la fin de son mandat.

Il lui est interdit, dans l'année qui suit la fin de ses fonctions, d'agir au nom ou pour le compte d'autrui relativement à une procédure, à une négociation ou à une autre opération à laquelle la Régie régionale pour laquelle il a agi est partie et sur laquelle il détient de l'information non accessible au public.

3. **Partenaires** : les membres des conseils et des comités de la Régie régionale, des commissions médicale régionale, infirmière régionale et multidisciplinaire régionale, du département régional de médecine générale et du Forum de la population.

3.1 Service public : le partenaire s'engage, sur le plan intellectuel aussi bien que moral, à traiter avec la rigueur voulue les dossiers qui sont soumis à son expertise ou, selon le cas, qu'il est chargé d'exécuter en vue du mieux-être de la population.

3.2 Discrétion : le partenaire doit respecter le caractère confidentiel des informations obtenues dans l'exercice de ses responsabilités, notamment en vertu de l'application de la Politique administrative visée à l'article 2.2, de même que de celles qui seraient susceptibles de nuire à l'intérêt public ou de porter atteinte à la vie privée des citoyens. De plus, le partenaire doit adopter une attitude de réserve à l'égard de tous les faits ou informations qui pourraient nuire à la Régie régionale.

3.3 Honnêteté : le partenaire ne doit pas accorder, solliciter ou accepter une faveur ou un avantage indu, ni utiliser à son avantage, ou pour une autre personne, une information qu'il détient.

3.4 Conflits de rôles : le partenaire doit prévenir tout conflit de rôles et éviter de se placer dans une situation telle qu'il ne peut exercer objectivement ses responsabilités.

4. **Gestionnaires** : les cadres supérieurs, les directeurs et les cadres intermédiaires de la Régie régionale assistent les administrateurs dans la réalisation de leurs mandats et voient à l'administration quotidienne des activités de la Régie régionale.

4.1 Les gestionnaires sont soumis, avec les adaptations nécessaires, aux mêmes obligations que celles applicables aux administrateurs et définies aux articles 2.1 à 2.8 du présent code, sous réserve de celle en matière de conflit d'intérêts énoncée dans la présente section.

Outre les obligations définies au précédent alinéa, le gestionnaire à temps plein doit exercer ses fonctions de manière exclusive, sauf si l'autorité qui l'a nommé l'affecte aussi à d'autres fonctions. Il peut toutefois, avec le consentement du président-directeur général, exercer des activités didactiques pour

lesquelles il peut être rémunéré et des activités non rémunérées dans les organismes sans but lucratif. Autrement, le gestionnaire n'a droit, pour l'exercice de ses fonctions, qu'à la seule rémunération liée à celles-ci.

4.2 Absence de conflit d'intérêts : le gestionnaire ne doit pas placer son intérêt personnel au-dessus de l'intérêt public en vertu duquel il exerce ses fonctions et il doit éviter de se placer dans une situation de conflit telle que décrite à l'article 2.5, entre son intérêt personnel et les obligations liées à ses fonctions.

5. **Employés** : les employés de la Régie régionale sont exclusivement au service de cette dernière lorsqu'ils rendent des services à la population. Ils sont tenus, de par leurs fonctions, à agir avec compétence et assiduité eu égard au service public qu'ils doivent rendre avec courtoisie, diligence et discrétion.

5.1 Information : l'employé doit donner à ses supérieurs toute l'information nécessaire à une prise de décision éclairée et doit assurer le traitement de l'information avec toute la rigueur requise. De plus, il est tenu de donner au citoyen l'information qu'il demande et qu'il a le droit d'obtenir en vertu de la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels* (L.R.Q., c.A-2.1).

5.2 Compétence : l'employé doit accomplir les tâches liées à son emploi de façon compétente, c'est-à-dire dispenser les services demandés d'une manière appropriée, suffisante et satisfaisante pour la clientèle et utiliser les moyens disponibles pour développer son expertise.

5.3 Assiduité : l'employé doit être présent au travail, accomplir sa tâche, respecter l'horaire de travail et ne pas s'absenter sans justification ni autorisation préalable.

5.4 Service public : l'employé doit adopter un comportement poli et courtois dans ses relations avec le public et éviter toute forme de discrimination interdite par la loi. En outre, il doit traiter avec empressement les dossiers qui lui sont confiés et qui touchent directement le public.

5.5 Discrétion : l'employé doit garder secrets les faits et les renseignements dont il prend connaissance et qui revêtent un caractère confidentiel, dont ceux découlant de l'application de la Politique administrative visée à l'article 2.2. De plus, il doit adopter une attitude de réserve à l'égard de tous les faits ou informations qui sont portés directement ou indirectement à son attention et qui seraient de nature à nuire à l'intérêt public ou à porter atteinte à la vie privée des citoyens.

5.6 Absence de conflit d'intérêts : l'employé ne doit pas placer son intérêt personnel au-dessus de l'intérêt public. La notion de conflit d'intérêts est une notion très large. De fait, pour qu'il y ait conflit d'intérêts, il suffit qu'il existe une situation de conflit potentiel, une possibilité réelle que l'intérêt personnel, qu'il soit pécuniaire ou moral, soit préféré à l'intérêt public. Il n'est donc pas nécessaire que l'employé ait réellement profité de sa charge pour servir ses intérêts ou qu'il ait contrevenu aux intérêts de la Régie régionale. Un employé ne peut donc pas « avoir un intérêt direct ou indirect dans une entreprise qui met en conflit son intérêt personnel et les devoirs de ses fonctions ».

Placé dans une situation où il se croit susceptible d'être en conflit d'intérêts, l'employé doit en informer ses supérieurs afin que soient déterminées les mesures qui devront être prises à cet égard.

5.7 Exclusivité du service : l'employé doit adopter une grande réserve dans l'exercice de toute fonction extérieure à la Régie régionale dans le champ de compétence de l'emploi occupé.

L'employé doit s'assurer que cette activité extérieure n'aura pas d'effet sur son rendement, sur son assiduité, sur ses obligations à titre d'employé de la Régie régionale, et ne donnera pas lieu à un conflit avec ses fonctions à la Régie régionale.

5.8 Honnêteté : l'employé ne doit accepter aucune somme d'argent ou toute autre forme de considération pour l'exercice de ses fonctions, autre que la rémunération et les avantages liés à son emploi.

De même, il ne doit pas accorder, solliciter ou accepter une faveur ou un avantage indu, ni utiliser à son avantage, ou pour une autre personne, un bien de la Régie régionale ou une information qu'il détient.

III. MODALITÉS D'APPLICATION DU CODE

6. Les personnes chargées de l'application du code

6.1 Le président du conseil d'administration doit s'assurer du respect du présent code par le président-directeur général et les autres administrateurs de la Régie régionale.

6.2 Le président-directeur général a la responsabilité de s'assurer du respect du présent code par les partenaires, les gestionnaires et les employés de la Régie régionale.

IV. PROCÉDURE DISCIPLINAIRE ET SANCTIONS

7. Administrateurs et gestionnaires

7.1 La procédure disciplinaire et les suites applicables aux administrateurs sont celles définies dans le Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics.

7.2 Le président-directeur général est l'autorité compétente pour agir à l'égard d'un gestionnaire.

7.3 Le gestionnaire à qui l'on reproche un manquement à la déontologie ou à l'éthique peut être relevé provisoirement de ses fonctions, avec rémunération, par le président-directeur général, afin de permettre la prise d'une décision appropriée dans le cas d'une situation urgente nécessitant une intervention rapide ou dans un cas présumé de faute grave.

7.4 L'autorité compétente fait part au gestionnaire en cause du manquement reproché ainsi que de la sanction qui peut lui être imposée et l'informe qu'il peut, dans les sept jours, lui fournir ses observations et, s'il le demande, être entendu à ce sujet.

7.5 Sur conclusion que le gestionnaire a contrevenu au présent code, le président-directeur général lui impose une sanction.

Le président-directeur général impose toute sanction qu'il juge appropriée suivant les circonstances.

Toute sanction imposée à un gestionnaire, de même que la décision de le relever provisoirement de ses fonctions, doit être écrite et motivée.

7.6 Les sanctions imposées par le président-directeur général en vertu de l'article 7.5 peuvent prendre la forme d'une réprimande, d'une suspension ou d'un congédiement.

8. Partenaires et employés

8.1 Les articles 7.2 à 7.6 s'appliquent aux partenaires, avec les adaptations nécessaires. Toutefois, une sanction autre que la réprimande doit être approuvée préalablement par la Régie régionale.

8.2 Les articles 7.2 à 7.6 s'appliquent à l'employé, avec les adaptations nécessaires et sous réserve, le cas échéant, des dispositions de la convention collective qui le régissent.

DÉCLARATION

relative au Code d'éthique et de déontologie des administrateurs, partenaires, gestionnaires et employés

Je, _____

déclare les intérêts suivants :

1. Je détiens des intérêts pécuniaires d'une personne morale, d'une société ou d'une entreprise commerciale identifiée ci-après :

   _____

   _____

   Nommer la personne morale, société ou entreprise concernée

2. J'agis à titre d'administrateur d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non, identifié ci-après :

   _____

   _____

   Nommer la personne morale, société, entreprise ou organisme concerné

3. J'occupe les emplois suivants :

Titre d'emploi	Employeur

   Préciser l'emploi et nommer l'employeur

4. Je m'engage à adopter une conduite qui soit conforme au Code d'éthique et de déontologie de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale.

EN FOI DE QUOI, J'AI SIGNÉ _____,

le _____ 2006

_____

Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale

Code d'éthique et de déontologie des administrateurs, partenaires, gestionnaires et employés de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale.

ANNEXES

ANNEXE 1
LISTE DES MEMBRES DU FORUM DE LA POPULATION

Président : M. Jean Melançon
Vice-présidente : M^me^ Madeleine Dupuis

Personnes en provenance des territoires de CSSS de la région	Personnes en provenance des comités d'usagers selon les missions suivantes
Québec-Nord	
❖ **La Source** Gagnon, Christine Pagé, Charles	❖ **Centre hospitalier** Michaud, Adolphe
❖ **De la Jacques-Cartier** Pfisterer, Jean-Pierre	❖ **Centre de réadaptation** Perreault, Gaston J.
❖ **Orléans** Mongrain, Guylaine	❖ **Centre jeunesse de Québec** Vacant
Vieille-Capitale	
❖ **Sainte-Foy - Sillery - Laurentien** Mc Cormack, Michael Tessier, Myrielle	❖ **CLSC-CHSLD** Kelly, Hélène
❖ **Basse-Ville - Limoilou - Vanier** Faucher, Céline	
Haute-Ville-des-Rivières Caron, Pascale Melançon, Jean	
Charlevoix	
❖ **Charlevoix** Desgagné, Louise	
Portneuf	
❖ **Portneuf** Dupuis, Madeleine Lavoie, Jean-Guy	

Fin de mandat : 30 janvier 2006.

ANNEXE 2
LISTE DES MEMBRES DE LA COMMISSION MÉDICALE RÉGIONALE DE QUÉBEC *

Président : **Dr Patrice Montminy**
Vice-président : **Dr Jacques Bouchard**

COLLÈGE ÉLECTORAL	TITULAIRE	CHAMP DE CONCENTRATION OU SPÉCIALITÉ	PRINCIPALE PRATIQUE
1° Trois médecins omnipraticiens désignés par et parmi les médecins omnipraticiens de la région	Lamontagne, Daniel	Médecine familiale	CLSC La Source - Point de service Charlesbourg (Nord)
	Lefrançois, Nil	Médecine familiale	Clinique médicale de Beauport
	Robitaille, Michel	Médecine familiale	Clinique médicale Giffard
2° Trois médecins spécialistes désignés par et parmi les médecins spécialistes de la région	Montminy, Patrice	Chirurgien orthopédiste	CHUQ - Hôpital Saint-François d'Assise
	Verreault, Jean-Pierre	Obstétricien-gynécologue	CHUQ - Hôpital Saint-François d'Assise
	Wallot, Hubert-Antoine	Psychiatrie et santé publique	CHA - Hôpital de l'Enfant-Jésus et Centre hospitalier Robert-Giffard
3° Une personne désignée par le doyen de la Faculté de médecine de l'Université Laval	Poirier, Claude	Coordonnateur du Réseau universitaire intégré de santé (RUIS)	Université Laval
4° Le directeur régional de santé publique	Desbiens, François		Agence - Direction régionale de santé publique
5° Le président-directeur général de l'Agence ou le médecin qu'il désigne	Fontaine, Michel		Agence
6° Au plus, quatre médecins désignés par l'Agence	Bouchard, Jacques	Médecine familiale	CSSS de Charlevoix, Centre hospitalier Saint-Joseph de La Malbaie
	Gauthier, Yvan	Psychiatre	CHA - Hôpital de l'Enfant-Jésus
	Kibrité, Antoine	Chirurgien général	CHUQ - L'Hôtel-Dieu de Québec
7° Au plus, six personnes-ressources pouvant être désignées à titre d'observateurs, dont un résident en médecine par l'Agence (sans droit de vote)	Garceau, Patrick	Résident	Hôpital Laval
	Lemieux, Alain-Philippe	Directeur des services professionnels	CSSS de la Vieille-Capitale - CLSC-CHSLD Haute-Ville-des-Rivières

* Cette commission a été abolie par le projet de loi 83, sanctionné le 30 novembre 2005. La Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée de la Capitale-Nationale lui succédera en juillet 2006.

ANNEXE 3
LISTE DES MEMBRES DU COMITÉ DE DIRECTION DU DÉPARTEMENT RÉGIONAL DE MÉDECINE GÉNÉRALE

CHEF DE DÉPARTEMENT : Dr Jacques Bouchard

NOM	MILIEU DE PRATIQUE MÉDICALE	PARTIE DE TERRITOIRE	REPRÉSENTATIVITÉ
1° Trois médecins élus par et parmi les médecins membres du Département régional de médecine générale (DRMG)			
Bouchard, Jacques	CSSS de Charlevoix	Charlevoix	Centre hospitalier
Boucher, Guy	Hôpital Laval	Sainte-Foy - Sillery - Laurentien	UMF-Université
Lamontagne, Daniel	CSSS de Québec-Nord	La Source	CLSC-CHSLD
2° Neuf médecins membres du DRMG nommés par les membres élus au paragraphe 1			
Cencig, Agnès	CSSS de la Vieille-Capitale	Québec-Centre (Haute-Ville)	CLSC
Cholette, Pascale	CSSS de la Vieille-Capitale	Québec-Centre (Basse-Ville)	CLSC
Chouinard, Guy	Clinique médicale du Jardin	La Source	Cabinet privé de professionnels
Dubé, Serge	Clinique médicale Pierre-Bertrand	Vanier (Québec-Centre)	Cabinet privé de professionnels - GMF
Girard, Linda	CSSS de Portneuf	Portneuf	CLSC
Leclerc, André	CSSS de Québec-Nord	De la Jacques-Cartier	Cabinet privé de professionnels
Robitaille, Michel	Clinique médicale Giffard	Orléans	CHSLD
St-Pierre, Denys	Centre médical de Cap-Rouge	Sainte-Foy - Sillery - Laurentien	Cabinet privé de professionnels
Villeneuve, Isabelle	CHUQ	Québec-Centre	CHUQ - Urgence
3° Le président-directeur général de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale ou le médecin qu'il désigne à cette fin			
Fontaine, Michel	Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale		

ANNEXE 4
LISTE DES MEMBRES DE LA COMMISSION INFIRMIÈRE RÉGIONALE DE LA CAPITALE-NATIONALE

Présidente : **M^me^ Diane Morin**

TITULAIRE	TITRE D'EMPLOI ET PROVENANCE
1° Quatre personnes désignées par et parmi les membres des comités exécutifs des conseils des infirmières et infirmiers des établissements de la région :	
Boivin, Brigitte	Responsable clinico-administrative des soins infirmiers, Institut de réadaptation en déficience physique de Québec (IRDPQ)
Côté, Christine	Infirmière-chef des consultations externes, admissions et gestionnaire de séjour - Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ)
dont une personne oeuvrant pour un établissement visé à l'article 119[1] ou au 1^er^ alinéa de l'article 126[2] de la LSSSS[9] :	
Chabot, Dominique	Infirmière - Famille-enfance-jeunesse, Centre de santé et de services sociaux de Québec-Nord
dont une personne oeuvrant pour un établissement visé à l'article 120[3], 121[4], 124[5] ou 125[6] ou au 2^e^ alinéa[7] ou 3^e^ alinéa de l'article 126[8] de la LSSSS :	
Bean, Isabel	Infirmière-clinicienne en cardiologie, Hôpital Laval
2° Deux personnes désignées par et parmi les gestionnaires des soins infirmiers des établissements de la région et visés à l'article 206 de la LSSSS :	
Beaudoin, Caroline	Directrice des services à la clientèle CH et directrice des soins infirmiers, Centre de santé et de services sociaux de Charlevoix
Petit, Suzanne	Directrice des soins infirmiers, Centre hospitalier *affilié* universitaire de Québec (CHA)
3° Une personne désignée par et parmi les représentants des collèges d'enseignement général et professionnel :	
Giguère, Nicole	Enseignante-coordonnatrice et responsable du Programme des soins infirmiers, Cégep Limoilou
4° Une personne désignée par la doyenne ou la directrice du programme universitaire de sciences infirmières, le cas échéant :	
Morin, Diane	Professeure agrégée, Faculté des sciences infirmières, Université Laval
5° Une personne désignée par et parmi les membres des comités d'infirmières et infirmiers auxiliaires des conseils des infirmières et infirmiers des établissements de la région :	
Labrecque, Mariette	Infirmière auxiliaire, Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale - Hôpital Général de Québec

[1] Type de conseil d'administration d'un établissement exploitant un CHSLD et un CH de moins de 50 lits.
[2] Type de conseil d'administration d'un établissement exploitant un CLSC et un CH de moins de 50 lits ou un centre de santé.
[3] Type de conseil d'administration d'un établissement exploitant un CR pour les personnes présentant une déficience intellectuelle.
[4] Type de conseil d'administration d'un établissement exploitant un CR pour les personnes ayant une déficience physique.
[5] Type de conseil d'administration d'un établissement exploitant un CR pour les personnes alcooliques et les autres personnes toxicomanes.
[6] Type de conseil d'administration d'un établissement exploitant un centre de protection de l'enfance et de la jeunesse - CR pour les jeunes en difficulté d'adaptation ou pour les mères en difficulté d'adaptation.
[7] Type de conseil d'administration d'un établissement exploitant un CHSGS de plus de 50 lits ou un CH de soins psychiatriques.
[8] Type de conseil d'administration d'un établissement exploitant un CHSGS désigné universitaire, institut universitaire ou centre affilié universitaire.
[9] *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (L.R.Q., c. S-4.2).

TITULAIRE	TITRE D'EMPLOI ET PROVENANCE
6° Une personne désignée par les membres visés aux paragraphes 1° à 5°, reconnue pour son expertise de pointe comme une infirmière ou un infirmier praticien :	
Cyr, Nancy	Conseillère clinicienne en soins infirmiers - CHSLD, Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale
Le président-directeur général de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale ou l'infirmière ou infirmier qu'il désigne à cette fin :	
Fontaine, Michel	Président-directeur général, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale
Quatre personnes-ressources à titre d'observateurs :	
Bourdages, Chantal	Infirmière, assistance à la coordonnatrice clinique et administrative des urgences - Centre de santé et de services sociaux de Portneuf
Dionne, Louisette	Directrice adjointe, Centre hospitalier Robert-Giffard
Émond, Claire	Infirmière bachelière en périnatalité, Centre de santé et de services sociaux de Charlevoix
Harvey, Colombe	Représentante de l'Ordre régional des infirmières et infirmiers du Québec (ORIIQ), Centre de santé et de services sociaux de Québec-Nord

ANNEXE 5
LISTE DES MEMBRES DE LA COMMISSION MULTIDISCIPLINAIRE RÉGIONALE DE LA CAPITALE-NATIONALE

Présidente : M^me^ Sylvie Massé
Vice-présidente : M^me^ Sylvie Morin
Secrétaire : M^me^ Martine Sonet

TITULAIRE	TITRE D'EMPLOI ET PROVENANCE
1° **Trois professionnels du domaine social dont un gestionnaire et deux personnes désignées par et parmi les membres des comités exécutifs des conseils multidisciplinaires des établissements de la région :**	
Audet, Nicole	Agente de relations humaines, Centre jeunesse de Québec
Dion, Jessika	Psychologue, Centre de réadaptation en déficience intellectuelle de Québec (CRDIQ)
Nadeau, Sylvie	Gestionnaire services psychosociaux, Centre jeunesse de Québec
2° **Trois professionnels du domaine de la réadaptation et des domaines de la santé, autres que la médecine et les soins infirmiers, dont un gestionnaire et deux personnes désignées par et parmi les membres des comités exécutifs des conseils multidisciplinaires des établissements de la région :**	
Lavoie, Danie	Physiothérapeute, Institut de réadaptation en déficience physique de Québec (IRDPQ)
Morin, Sylvie	Physiothérapeute, Centre hospitalier Robert-Giffard (clientèle adulte)
Sonet, Martine	Chef de service audiologie et orthophonie, Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ)
3° **Trois personnes des domaines techniques désignées par et parmi les membres des comités exécutifs des conseils multidisciplinaires des établissements de la région :**	
Cain, Nancy	Technologue en radio-oncologie, Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ)
Massé, Sylvie	Technicienne en diététique, Centre de santé et de services sociaux de Québec-Nord
Vézina, Jacques	Éducateur spécialisé, Institut de réadaptation en déficience physique de Québec (IRDPQ) (clientèle déficience physique - adulte)
4° **Une personne désignée par et parmi les représentants des collèges d'enseignement général et professionnel :**	
Provencher, Monique	Adjointe au directeur des études - CÉGEP de Sainte-Foy
5° **Une personne désignée par et parmi les représentants des écoles et facultés d'enseignement universitaire dans les domaines de la santé :**	
Pépin, Geneviève	Professeure adjointe au Département de réadaptation, secteur ergothérapie, Université Laval
6° **Une personne désignée par et parmi les représentants des écoles et facultés d'enseignement universitaire dans les domaines sociaux :**	
Doré, François Y.	Directeur de l'école de psychologie, Université Laval
7° **Le président-directeur général de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale**	
Fontaine, Michel	Président-directeur général de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale
8° **Quatre personnes-ressources à titre d'observateurs :**	
Vacant	
Vacant	
Vacant	
Vacant	

ANNEXE 6
LISTE DES MEMBRES DU COMITÉ RÉGIONAL POUR LES PROGRAMMES D'ACCÈS À DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX EN LANGUE ANGLAISE DE LA CAPITALE-NATIONALE

Président : M. John Keyes

NOM	OCCUPATION ET EMPLOYEUR	CENTRE OU ÉTABLISSEMENT
Le directeur général de l'établissement désigné, L'Hôpital Jeffery Hale - Saint Brigid's Home inc., ou son représentant		
Berryman, Christine	Chef de l'administration du Programme régional anglophone Centre Holland	Centre Holland
Deux personnes issues des centres de santé et de services sociaux de la région		
Gorman, Linda	Directrice Programme-réseau personnes âgées et en perte d'autonomie Centre de santé et de services sociaux	Centre de santé et de services sociaux de Québec-Nord
Matte, Hugues	Directeur général adjoint Centre de santé et de services sociaux	Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale
Une personne issue des établissements de la région offrant des services d'adaptation ou de réadaptation et d'intégration sociale		
D[r] Dumais, Benoît	Directeur des services professionnels Institut de réadaptation en déficience physique de Québec	Institut de réadaptation en déficience physique de Québec
Une personne issue d'un centre de soins généraux et spécialisés ou d'un centre hospitalier de soins psychiatriques		
M[e] Morency, Bernard	Responsable des affaires juridiques Centre hospitalier universitaire de Québec	Centre hospitalier universitaire de Québec - L'Hôtel-Dieu de Québec
Une personne issue du Centre jeunesse de Québec		
Pelletier, Lyne	Adjointe au directeur général Centre jeunesse de Québec	Centre jeunesse de Québec
Une personne issue du Comité des usagers de l'établissement désigné ou un représentant nommé par les membres du même comité		
Grogan, Gertrude	Représentante du Comité des résidents L'Hôpital Jeffery Hale - Saint Brigid's Home	L'Hôpital Jeffery Hale - Saint Brigid's Home
Quatre personnes issues des organismes communautaires, des associations, des groupes socioéconomiques de la communauté d'expression anglaise ou du milieu scolaire anglophone de la région		
Keyes, John	Directeur Campus director Champlain St. Lawrence Champlain Regional College	Champlain St. Lawrence Champlain Regional College
Martell, Ann	Gestionnaire des ressources humaines Agence de soutien du personnel des Forces canadiennes	Garnison Valcartier
Walling, Helen	Directrice générale Voice of English-Speaking Québec	Voice of English-Speaking Québec
Walling, Richard	Directeur général Centre Holland	Centre Holland
Le président-directeur général de l'Agence ou la personne qu'il désigne		
Tremblay, Margot	Agente de planification, de programmation et de recherche Agence	Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale

ANNEXE 7
LISTE DES GROUPES DE MÉDECINE DE FAMILLE

- GMF Berger
- GMF Cap-Rouge
- GMF Charlevoix-Est
- GMF de l'Unité de médecine familiale de l'Enfant-Jésus
- GMF de l'Unité de médecine familiale du CLSC-CHSLD Haute-Ville-des-Rivières
- GMF du Carrefour
- GMF du Centre de santé Orléans
- GMF du Centre médical Beauport
- GMF Du Chatel
- GMF Loretteville-Neufchâtel
- GMF Pierre-Bertrand
- GMF Saint-Louis
- GMF Saint-Vallier

ANNEXE 8
SERVICES INFO-SANTÉ CLSC - NOMBRE D'APPELS TRAITÉS SUR L'ENSEMBLE DU TERRITOIRE

Le nombre d'appels traités sur l'ensemble du territoire (réponse locale et réponse centralisée), durant l'année financière 2005-2006, s'élève à 204 149. Le détail, selon la catégorie d'appels, figure au tableau ci-dessous. Notons que le délai moyen de réponse était de **4,81** minutes et que le taux d'abandon quant à lui se situait à **30,18 %**.

LIGNES	2005-2006	2004-2005
Appels Info-Santé	147 728	148 140
Santé publique	368	294
Malentendants	8	3
Abus, violence, négligence aux personnes âgées	2	5
SOUS-TOTAL	**148 106**	**148 442**
Soutien à domicile 24/7	6 010	5 125
TOTAL	**154 116**	**153 567**
Télésurveillance	49 162	46 277
Réseau de services intégrés pour personnes âgées (RSIPA)	867	871
PACTE	4	66
SOUS-TOTAL (Lignes dédiées)	**50 033**	**47 214**
TOTAL	**204 149**	**200 781**

ANNEXE 9
PLAN D'EFFECTIFS MÉDICAUX EN SPÉCIALITÉS

SPÉCIALITÉS	CHUQ		CHA		Hôpital Laval		CHRG		CSSS Charlev.		CSSSVC		CSSS Portneuf		CSSSQN		IRDPQ		Hôpital Jeff Hale		Agence		TOTAL RÉGIONAL	
	EP	PR	EP	PR	EP	PR	EP	PR	EP	PR	EP	PR	EP	PR	EP	PR	EP	PR	EP	PR	EP	PR	EP	PR
01 - Allergie et immunologie clinique	5	5	1	2																			6	7
02 - Anatomo-pathologie	15	15	11	12	3	3																	29	30
03 - Anesthesiologie	43	43	33	33	14	14			1	2													91	92
05 - Biochimie medicale	9	9	5	5	1	1																	15	15
06 - Cardiologie	22	24	13	16	29	30											1						65	70
10 - CCVT					11	11																	11	11
07 - Chirurgie générale	23	25	13	14	10	10			2	4													48	53
08 - Chirurgie orthopédique	17	19	11	12	1																		29	31
09 - Chirurgie plastique	7	7	7	7																			14	14
11 - Dermatologie	9	10	5	6	1																		15	16
35 - Endocrinologie	12	14	3	4																			15	18
12 - Gastro-entérologie	12	15	8	8	1	1																	21	24
00 - Génétique	3	5				1																	3	6
45 - Gériatrie	6	7	4	5	1				1														12	12
15 - Hématologie	16	17	10	11	2	1																	30	31
00 - Médecine d'urgence	5	8	14	16							1										2	2	20	24
18 - Médecine interne	15	15	11	11	5	5									2	1							33	32
33 - Médecine nucléaire	5	6	2	3	2	3																	9	12
04 - Microbiologie médicale	13	14	7	7	2	2																	22	23
34 - Néphrologie	15	16			3	3																	18	19
20 - Neurochirurgie			10	11																			10	11
21 - Neurologie	8	10	16	16			2	2															26	28
13 - Obstétrique-gynécologie	42	43	5	4																			47	47
24 - Ophtalmologie			32	31					1	1													33	32
25 - Oto-rhino-laryngologie	12	14	8	9							1	1											21	24
27 - Pédiatrie	37	37		3																			37	40
19 - Physiatrie	3	4	3	3													3	4	1	1			10	12
17 - Pneumologie	6	7	5	5	21	21																	32	33
28 - Psychiatrie	32		19		3		39	96	2		19												114	96
29 - Radiologie diagnostique	34	31	21	19	10	9				1	1	1				1							66	62
30 - Radio-oncologie	14	15																					14	15
36 - Rhumatologie	7	9																					7	9
16 - Santé communautaire	33	17																					33	17
31 - Urologie	11	13	3	3						1													14	17
Total	491	474	280	276	120	115	41	98	7	9	22	2	0	0	2	2	4	4	1	1	2	2	970	983

* EP : Effectifs en place
PR : PREM

ANNEXE 10
PLAN D'EFFECTIFS MÉDICAUX EN OMNIPRATIQUE

Établissement	PREM autorisé	31 mars 2006
CHUQ	131	128
CHA	57	60
Laval	32	32
CHRG	21	19
IRDPQ	14	14
CSSS de la Vieille-Capitale	84	80
CSSS de Charlevoix	46	38
CSSS de Portneuf	39	33
CSSS de Québec-Nord	95	93
Jardins du Haut-St-Laurent	2	2
Jeffery-Hale - Saint Brigid's Home	21	8
Total	542	507

ANNEXE 11
LISTE DES SERVICES DE PREMIERS RÉPONDANTS DE LA RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE

Municipalité	Date de la mise en service	Organisme	Date de la mise en service
Shannon	1998	Lauralco	1997
Saint-Ubalde	2000	Base militaire de Valcartier	1999
Pont-Rouge	2000	Centre des congrès de Québec	1999
Saint-Gabriel-de-Valcartier	2000	Édifice Marie-Guyart	1999
Neuville	2001	Assemblée nationale	2001
Sainte-Brigitte-de-Laval	2004		
Sainte-Catherine-de-la-Jacques-Cartier	2005		

ANNEXE 12
PRIX D'EXCELLENCE DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX - ÉDITION 2005-2006

INITIATIVES DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

- **Soutien aux personnes et aux groupes vulnérables**

Prix d'excellence : **Mères et monde - Centre de ressources pour jeunes mères**

Réalisation :
L'organisme Mères et monde intervient auprès de jeunes mères vivant des problèmes de pauvreté et d'exclusion. Les trois grandes sphères d'intervention de l'organisme sont : l'habitation sociale, les services communautaires et les services à l'enfance. À travers ces interventions, Mères et monde favorise l'émergence d'un projet de vie pour les mamans en tenant compte de tous leurs rôles de femmes, de conjointes, de mères et de citoyennes.

- **Prévention, promotion et protection de la santé et du bien-être**

Mention d'honneur : **Organisation communautaire d'écoute et d'aide naturelle (OCÉAN)**

Réalisation :
Par l'activité PRISME, l'organisme offre à une clientèle de jeunes quatre différentes formules de présentation et d'interactions pour démystifier et mieux connaître les maladies mentales.

ANNEXE 13
TRANSPORTS AMBULANCIERS EFFECTUÉS DANS LA RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE

Numéro de la zone	Nom de la zone	Entreprise ambulancière	Nombre de transports 2004-2005	2005-2006
	CHARLEVOIX	CTAQ		
301	Saint-Siméon		176	155
302	La Malbaie		1 094	1 205
303	Baie-Saint-Paul		1 047	1 165
343	Ile-aux-Coudres		119	127
Sous total			**2 436**	**2 652**
304	SAINTE-ANNE-DE-BEAUPRÉ	Ambulance Côte-de-Beaupré	1 712	1 737
	QUÉBEC MÉTROPOLITAIN			
305	Beauport	Ambulances Inter-Cité	4 814	5 251
306	Notre-Dame-des-Laurentides	Ambulances Nord-Sud	4 983	5 740
307	Québec	CTAQ	17 747	16 874
308	Sainte-Foy		7 624	7 406
309	Loretteville		1 995	2 711
Sous total			**38 875**	**39 719** [23]
310	SAINT-RAYMOND	Ambulances Portneuf	1 373	1 283
311	SAINT-MARC-DES-CARRIÈRES	Ambulances Guy Denis & Fils Ambulances Paré	1 145	1 223
312	DONNACONA	Ambulance Benoît	1 579	1 322
342	PARC DES LAURENTIDES	CTAQ	74	68
346	SAINTE-CATHERINE-DE-LA-JACQUES-CARTIER	Ambulance Sainte-Catherine-de-la-Jacques-Cartier	308	330
Sous total			**4 479**	**4 226**
TOTAL			**45 790**	**46 597**

Source : Système d'information sur les services préhospitaliers d'urgence du Québec (SISPUQ)

[23] Pour l'année 2005-2006, nous remarquons une hausse de 9 % des transports pour le secteur de Charlevoix et de 2 % pour le secteur de Québec-Métro. Par contre, nous distinguons une baisse de 6 % pour le secteur de Portneuf. De ce fait, cela contribue pour la région entière à une hausse de 1,7 %.

ANNEXE 14
PROGRAMME DE SOUTIEN AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES
Financement de base

Numéro du dossier	NOM DE L'ORGANISME	Subvention accordée 2005-2006	Subvention accordée 2004-2005
Aide et entraide			
03-00243	ADAPTAVIE INC.	65 179 $	58 204 $
03-06159	AIDONS-LAIT	16 588 $	3 864 $
03-02385	ALLAITEMENT QUÉBEC	42 630 $	41 712 $
03-05855	ASSOCIATION BENEVOLE COTE DE BEAUPRE	65 473 $	54 818 $
03-00637	ASSOCIATION BENEVOLE DE CHARLEVOIX	84 994 $	76 598 $
03-05854	ASSOCIATION BENEVOLE DE L'ILE D'ORLEANS (L')	24 000 $	21 315 $
03-06167	ASSOCIATION DE FIBROMYALGIE REGION DE QUEBEC	16 588 $	3 864 $
03-01233	ASSOCIATION DES GRANDS BRULES F.L.A.M. (L')	119 373 $	56 803 $
03-06277	ASSOCIATION DES HANDICAPÉS RESPIRATOIRES DE QUÉBEC (1984) INC.	19 400 $	9 954 $
03-06039	ASSOCIATION DES STOMISÉS DE QUÉBEC	8 176 $	3 864 $
03-02929	ASSOCIATION DES T.C.C. DES DEUX RIVES (QUEBEC-CHAUDIERE-APPALACHES) (L')	36 589 $	29 101 $
03-05117	BENEVOLAT MICHEL SARRAZIN	63 809 $	57 535 $
03-05191	BENEVOLAT ST-SACREMENT INC.	65 654 $	53 681 $
03-06062	BOUSSOLE (LA), REGROUPEMENT DES PARENTS ET AMIS DE LA PERSONNE ATTEINTE DE MALADIE MENTALE	306 091 $	246 546 $
03-06013	BUTINEUSE DE VANIER (LA)	45 034 $	42 812 $
03-05136	CARREFOUR DE L'AMITIE CHARLESBOURG	63 809 $	57 535 $
03-01080	CENTRE BONNE ENTENTE	61 007 $	56 211 $
03-00205	CENTRE COMMUNAUTAIRE PRO-SANTE INC.	70 534 $	64 732 $
03-06267	CENTRE D'AIDE AUX JOUEURS COMPULSIFS	0 $	3 880 $
03-00349	CENTRE D'ACTION BÉNÉVOLE AIDE 23	122 349 $	115 490 $
03-02811	CENTRE D'AIDE ET D'ACTION BÉNÉVOLE DE CHARLESBOURG	43 637 $	41 923 $
03-00030	CENTRE DE PARRAINAGE CIVIQUE DE QUEBEC INC. (LE)	91 907 $	89 929 $
03-06076	CENTRE DE PREVENTION DU SUICIDE C.P.S.	661 483 $	505 205 $
03-06079	CENTRE D'ENTRAIDE DE TROUBLE AFFECTIF BIPOLAIRE DE QUEBEC INC.	111 159 $	108 766 $
03-06234	CENTRE D'ENTRAIDE EMOTIONS	80 962 $	41 924 $
03-01896	CENTRESPOIR-CHARLESBOURG INC. (LE)	69 477 $	67 464 $
03-06006	CERCLE POLAIRE	120 948 $	101 775 $
03-00575	CHANTELAIT	25 000 $	23 801 $
03-01785	CLUB BON COEUR DES CARDIAQUES DE CHARLEVOIX INC.	47 470 $	43 868 $
03-06227	CLUB CARDIO-SANTE DE CHARLEVOIX INC. (LE)	45 139 $	41 129 $
03-00497	COLLECTIF D'ACCOMPAGNEMENT A L'ACCOUCHEMENT "LES ACCOMPAGNANTES" (LE)	83 869 $	82 064 $
03-05138	COMITE DE LA POPOTE DE CLERMONT	5 499 $	5 381 $
03-05562	COMITE DE VOLONTARIAT DE QUARTIER-LIMOILOU SUD INC.	30 000 $	27 849 $
03-05121	COMITE NEUVILLE SE SOUVIENT	13 197 $	12 913 $
03-06092	COMITE PREVENTION SUICIDE CHARLEVOIX	130 587 $	94 944 $

Numéro du dossier	NOM DE L'ORGANISME	Subvention accordée 2005-2006	Subvention accordée 2004-2005
Aide et entraide (suite)			
03-05113	COMITE VAS'Y DE SAINT-RAYMOND	89 357 $	82 531 $
03-06094	COMMUNAUTE AGAPE DE QUEBEC	51 687 $	45 416 $
03-06165	COURTEPOINTE (LA)	38 899 $	28 267 $
03-06105	CROISSANCE-TRAVAIL	784 791 $	767 897 $
03-06194	ENTR'ACTES : L'INTÉGRATION PAR LES ARTS	67 583 $	59 344 $
03-00746	ENTRAIDE COMMUNAUTAIRE LE HALO (L')	101 206 $	88 897 $
03-05929	ENTRAIDE DES AINES DE SILLERY	42 059 $	26 477 $
03-01925	ENTRAIDE JEUNESSE QUEBEC	86 876 $	85 006 $
03-06066	ENTRAIDE LES SAULES INC. (L')	29 800 $	25 375 $
03-01192	ENTRAIDE NATURO-LAIT	52 263 $	51 138 $
03-01458	ÉPILEPSIE SECTION DE QUÉBEC	25 275 $	23 130 $
03-05198	EQUIPE BENEVOLE DE L'INSTITUT (L')	22 388 $	17 453 $
03-05193	FRATERNITE SAINTE-MARIE DE VILLE DE VANIER INC. (LA)	122 349 $	115 490 $
03-06186	G.R.I.S. - QUEBEC	40 918 $	37 941 $
03-01318	GRANDS FRERES ET GRANDES SOEURS DE QUEBEC INC. (LES)	42 013 $	41 109 $
03-05110	GROUPE D'ENTRAIDE COMMUNAUTAIRE SAINTE-FOY	36 808 $	36 016 $
03-00091	GROUPE LES RELEVAILLES	116 771 $	114 257 $
03-01779	HANDI A	193 837 $	184 475 $
03-00300	L'AUTRE AVENUE, ORGANISME DE JUSTICE ALTERNATIVE	535 730 $	524 198 $
03-06064	LE MIEUX-ETRE DES IMMIGRANTS	16 588 $	3 880 $
03-06238	LE VERGER, CENTRE COMMUNAUTAIRE EN SANTÉ MENTALE	77 601 $	75 931 $
03-06112	LIBRE ESPACE ORLÉANS INC.	77 772 $	76 098 $
03-06040	MAINS DE L'ESPOIR DE CHARLEVOIX INC.	63 549 $	51 790 $
03-01874	MAISON DE LA FAMILLE DVS (LA)	0 $	52 587 $
03-01469	MAMIE-LAIT	29 523 $	24 974 $
03-06007	MAREE, REGROUPEMENT DES PARENTS ET AMIS DE LA PERSONNE ATTEINTE DE MALADIE MENTALE (LA)	207 911 $	125 993 $
03-01803	MOISSON QUEBEC INC.	47 214 $	40 116 $
03-00014	MOUVEMENT DES SERVICES A LA COMMUNAUTE DU CAP-ROUGE INC.	53 400 $	51 475 $
03-03076	ORGANISATION COMMUNAUTAIRE D'ECOUTE ET D'AIDE NATURELLE (O.C.E.A.N.)	129 389 $	116 133 $
03-06084	ORGANISATION POUR LA SANTE MENTALE OEUVRANT A LA SENSIBILISATION ET A L'ENTRAIDE (O.S.M.O.S.E.)	78 150 $	76 468 $
03-06080	PASSAGE, CENTRE DE THERAPIE FAMILIALE EN TOXICOMANIE (LE)	47 679 $	46 653 $
03-05566	POPOTE DE CHARLESBOURG (LA)	27 494 $	26 902 $
03-05124	POPOTE ET MULTI-SERVICES	92 582 $	82 459 $
03-05624	POPOTE ROULANTE LAVAL INC.	15 000 $	13 195 $
03-02704	PRESENCE-FAMILLE SAINT-AUGUSTIN	29 217 $	24 674 $
03-02350	REGROUPEMENT DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH-SIDA DE QUEBEC ET DE LA REGION (RPVVIH)	81 591 $	78 356 $
03-06200	SERVICE D'AIDE A L'ADAPTATION DES IMMIGRANTS ET IMMIGRANTES (S.A.A.I.)	52 156 $	49 147 $

Numéro du dossier	NOM DE L'ORGANISME	Subvention accordée 2005-2006	Subvention accordée 2004-2005
Aide et entraide (suite)			
03-06160	RUCHE VANIER INC. (LA)	48 265 $	43 070 $
03-00212	S.O.S. GROSSESSE	51 102 $	50 002 $
03-06255	SAIRAH SERVICE D'AUTONOMISATION, D'INTEGRATION ET DE READAPTATION AUX ADULTES AYANT UN HANDICAP INC.	30 385 $	25 817 $
03-05115	SERVICE D'ENTRAIDE COMMUNAUTAIRE RAYON DE SOLEIL	59 414 $	55 457 $
03-06275	SERVICES POUR HOMMES IMPULSIFS ET COLERIQUES DE CHARLEVOIX	81 893 $	80 130 $
03-06271	SOCIÉTÉ PARKINSON - RÉGION DE QUÉBEC	33 311 $	27 759 $
03-01872	TEL-AIDE QUEBEC INC.	102 016 $	99 820 $
	SOUS-TOTAL	**6 871 423 $**	**6 100 757 $**
Sensibilisation, promotion et défense des droits			
03-06033	ASSOCIATION CANADIENNE POUR LA SANTE MENTALE (REGION DE QUEBEC) INC.	119 638 $	85 653 $
03-06155	ASSOCIATION DES MALENTENDANTS QUEBECOIS INC.	41 249 $	36 866 $
03-01059	ASSOCIATION DES PERSONNES HANDICAPEES DE CHARLEVOIX INC.	40 000 $	36 004 $
03-06043	ASSOCIATION DES PERSONNES HANDICAPEES DE PORTNEUF	38 000 $	36 017 $
03-01352	ASSOCIATION DES PERSONNES INTERESSEES A L'APHASIE (A.P.I.A.)	47 096 $	46 082 $
03-02575	ASSOCIATION DU QUEBEC POUR ENFANTS AVEC PROBLEMES AUDITIFS (A.Q.E.P.A.) QUÉBEC MÉTRO (03-12) INC.	47 865 $	46 320 $
03-06044	ASSOCIATION POUR L'INTEGRATION SOCIALE (REGION DE QUEBEC) (L')	25 000 $	19 465 $
03-06187	ASSOCIATION QUEBECOISE POUR LES ENFANTS ATTEINTS D'AUDI-MUTITE (AQEA), CHAPITRE DE QUEBEC INC.	55 816 $	54 614 $
03-02552	ASSOCIATION QUEBECOISE POUR LES TROUBLES D'APPRENTISSAGE, SECTION QUEBEC (A.Q.E.T.A.)	80 321 $	78 592 $
03-01011	AUTISME QUÉBEC	106 507 $	97 669 $
03-06061	AUTO-PSY (REGION DE QUEBEC)	66 989 $	56 036 $
03-02221	CARREFOUR FAMILIAL DES PERSONNES HANDICAPÉES	101 207 $	95 918 $
03-06229	COMITE D'AIDE AUX FEMMES SOURDES DE QUEBEC	98 509 $	94 879 $
03-02788	ESPACE RÉGION DE QUÉBEC	162 295 $	158 801 $
03-02136	REGROUPEMENT DES PERSONNES HANDICAPÉES VISUELLES (RÉGIONS 03-12)	97 445 $	93 891 $
03-06152	REGROUPEMENT POUR L'INTEGRATION SOCIALE DE CHARLEVOIX	43 129 $	38 081 $
03-02035	SERVICE D'INFORMATION EN CONTRACEPTION ET SEXUALITE DE QUEBEC	79 353 $	77 645 $
03-02409	VIOLENCE INFO	128 575 $	125 807 $
	SOUS-TOTAL	**1 378 994 $**	**1 278 340 $**
Hébergement communautaire			
03-06236	GITE DU NOMADE	100 228 $	98 070 $
03-01344	GITE JEUNESSE INC.	323 715 $	316 747 $
03-06293	MAISON COMMUNAUTAIRE MISSINAK RESSOURCE D'HÉBERGEMENT ET DE RESSOURCEMENT POUR FEMMES AUTOCHTONES ET LEURS FAMILLES	70 000 $	0 $
03-00045	MAISON DES FEMMES DE QUEBEC (LA)	476 755 $	432 902 $
03-00715	MAISON LA MONTEE (LA)	435 862 $	392 297 $
03-00812	MAISON POUR FEMMES IMMIGRANTES	466 236 $	409 317 $
03-00022	MAISON RICHELIEU HÉBERGEMENT JEUNESSE SAINTE-FOY INC.	306 830 $	300 225 $

Numéro du dossier	NOM DE L'ORGANISME	Subvention accordée 2005-2006	Subvention accordée 2004-2005
Hébergement communautaire (suite)			
03-02799	MAISON DU COEUR POUR FEMMES	436 268 $	410 788 $
03-00154	MAISON HELENE LACROIX	476 869 $	438 073 $
03-00504	MAISON KINSMEN-MARIE-ROLLET	497 171 $	451 804 $
03-02513	MIREPI, MAISON D'HEBERGEMENT INC.	446 157 $	405 728 $
	SOUS-TOTAL	**4 036 091 $**	**3 655 951 $**
Milieux de vie			
03-06141	AMICALE ALFA DE QUEBEC	42 255 $	41 345 $
03-06030	ARC-EN-CIEL, ORGANISME COMMUNAUTAIRE EN SANTÉ MENTALE (L')	447 101 $	259 928 $
03-02561	ARCHIPEL D'ENTRAIDE (L')	187 298 $	183 266 $
03-03010	ASSOCIATION ALTI	65 618 $	60 974 $
03-01489	ASSOCIATION DES PERSONNES HANDICAPEES DE CHARLESBOURG	57 567 $	54 591 $
03-01456	AUTONHOMMIE, CENTRE DE RESSOURCES SUR LA CONDITION MASCULINE (QUEBEC) INC. (L')	103 365 $	101 140 $
03-06201	CABANON MAISON DES JEUNES DE LAC-BEAUPORT (LE)	51 302 $	50 198 $
03-06065	CAFE-RENCONTRE DU CENTRE-VILLE (QUÉBEC) INC.	54 047 $	52 884 $
03-06196	CENTRE CASA (1997)	133 480 $	130 607 $
03-00138	CENTRE COMMUNAUTAIRE L'AMITIE INC. (LE)	186 529 $	156 235 $
03-06073	CENTRE DE CROISSANCE RENAISSANCE INC.	325 405 $	264 597 $
03-06075	CENTRE DE JOUR FEU VERT INC.	196 735 $	192 500 $
03-06096	CENTRE DE JOUR L'ENVOL INC.	77 772 $	76 098 $
03-01671	CENTRE DES FEMMES DE CHARLEVOIX	137 283 $	125 791 $
03-00609	CENTRE DES FEMMES DE LA BASSE-VILLE (LE)	137 275 $	125 781 $
03-01621	CENTRE FEMMES AUX 3 A DE QUEBEC INC.	129 184 $	116 639 $
03-02041	CENTRE FEMMES D'AUJOURD'HUI	137 260 $	125 764 $
03-00144	CENTRE INTERNATIONAL DES FEMMES, QUEBEC	133 672 $	121 669 $
03-06254	CENTRE MULTI-SERVICES 16-30 ANS LA SOURCE	16 588 $	3 865 $
03-03057	CENTRE RESIDENTIEL ET COMMUNAUTAIRE JACQUES CARTIER (LE)	104 372 $	102 125 $
03-06256	CENTRE RESSOURCES POUR FEMMES DE BEAUPORT (CRFB)	101 669 $	75 848 $
03-06085	CENTRE SOCIAL DE LA CROIX BLANCHE (REGION DE QUEBEC)	178 543 $	174 700 $
03-02055	CENTRE-FEMMES AUX PLURIELLES	159 763 $	131 389 $
03-00297	CORPORATION D'ANIMATION L'OUVRE-BOITE DU QUARTIER	190 113 $	186 021 $
03-06117	CORPORATION JEUNESSE L'EVASION L'ORMIERE	50 323 $	47 431 $
03-06137	DEMI-LUNE	96 225 $	94 154 $
03-05189	ENTRAIDE DU FAUBOURG INC.	115 216 $	103 346 $
03-06228	EVASION ST-PIE X (L')	128 860 $	126 086 $
03-06109	EVEIL CHARLEVOISIEN (L')	318 931 $	312 066 $
03-00852	FORUM-JEUNESSE CHARLEVOIX-OUEST	103 657 $	75 251 $
03-01883	G.A.P.I. GROUPE D'AIDE AUX PERSONNES IMPULSIVES (AYANT DES COMPORTEMENTS VIOLENTS)	247 414 $	212 734 $
03-01115	GROUPE ACTION-JEUNESSE DE CHARLEVOIX	129 564 $	121 883 $
03-02797	MAISON AU SEUIL DE L'HARMONIE	113 644 $	111 198 $
03-03154	MAISON D'AIDE VILLA ST-LEONARD	136 053 $	133 124 $
03-00502	MAISON DE JOB	174 500 $	170 744 $

Numéro du dossier	NOM DE L'ORGANISME	Subvention accordée 2005-2006	Subvention accordée 2004-2005
Milieu de vie (suite)			
03-02972	MAISON DE LAUBERIVIERE, AIDE AUX ADULTES EN DIFFICULTE	213 021 $	208 435 $
03-06213	MAISON DE TRANSITION L'ECLAIRCIE	176 333 $	113 791 $
03-00982	MAISON D'ENTRAIDE L'ARC-EN-CIEL INC.	140 673 $	137 645 $
03-03203	MAISON D'ENTRAIDE POUR TOXICOMANES LE RUCHER	202 695 $	198 332 $
03-00318	MAISON DES JEUNES "LA MARGINALE" INC. (LA)	107 104 $	98 928 $
03-06127	MAISON DES JEUNES DE BOISCHATEL (LA)	69 840 $	68 337 $
03-01129	MAISON DES JEUNES DE CAP-ROUGE INC. (LA)	101 917 $	99 723 $
03-06128	MAISON DES JEUNES DE DUBERGER	50 414 $	47 526 $
03-00704	MAISON DES JEUNES DE L'ANCIENNE-LORETTE INC. (LA)	77 001 $	75 343 $
03-02381	MAISON DES JEUNES DE LES SAULES ET DE LEBOURGNEUF INC. (LA)	111 773 $	73 065 $
03-06189	MAISON DES JEUNES DE L'ILE D'ORLEANS (LA)	79 074 $	77 372 $
03-06247	MAISON DES JEUNES DE NEUVILLE	16 588 $	3 880 $
03-06259	MAISON DES JEUNES DE NOTRE-DAME-DES-MONTS (LA)	25 000 $	16 060 $
03-03222	MAISON DES JEUNES DE PONT-ROUGE 125 INC. (LA)	50 936 $	48 073 $
03-03215	MAISON DES JEUNES DE SAINT-AUGUSTIN-DE-DESMAURES INC. (LA)	79 477 $	74 175 $
03-06306	MAISON DES JEUNES DE SAINTE-BRIGITTE-DE-LAVAL	20 000 $	0 $
03-00811	MAISON DES JEUNES DE SILLERY INC. (LA)	70 354 $	68 840 $
03-02426	MAISON DES JEUNES DE SAINT-ANDRE DE NEUFCHATEL (LA)	50 412 $	47 805 $
03-06126	MAISON DES JEUNES DE SAINTE-CATHERINE-DE-LA-JACQUES-CARTIER	50 414 $	47 526 $
03-06224	MAISON DES JEUNES DE SAINT-EMILE	19 400 $	9 970 $
03-06191	MAISON DES JEUNES DE ST-FERREOL-LES-NEIGES	45 414 $	43 301 $
03-06208	MAISON DES JEUNES DE ST-RAYMOND INC. (LA)	35 533 $	34 768 $
03-02416	MAISON DES JEUNES DE WENDAKE INC. (LA)	48 250 $	46 593 $
03-00768	MAISON DES JEUNES DECENTRALISEE DE BEAUPORT - SECTEUR OUEST	103 796 $	96 669 $
03-02102	MAISON DES JEUNES DECENTRALISEE DE BEAUPORT - SECTEUR EST	126 704 $	121 883 $
03-00767	MAISON DES JEUNES DU LAC SAINT-CHARLES INC.	76 598 $	74 949 $
03-00128	MAISON DES JEUNES DU QUARTIER ST-JEAN-BAPTISTE (LA)	124 577 $	121 895 $
03-00299	MAISON DES JEUNES LA PARENTHESE (LA)	99 973 $	97 821 $
03-06223	MAISON DES JEUNES L'ATOME	33 286 $	25 626 $
03-00464	MAISON DES JEUNES L'ENVOL DE SAINTE-FOY INC.	101 917 $	99 723 $
03-01999	MAISON DES JEUNES L'ESCAPADE DE VAL-BÉLAIR	119 399 $	74 949 $
03-00301	MAISON DES JEUNES L'EXODE DE LIMOILOU (LA)	101 917 $	99 723 $
03-02262	MAISON DES JEUNES L'INTEGRALE INC. (LA)	153 536 $	150 231 $
03-00229	MAISON L'ESPERANCE INC.	88 072 $	86 176 $
03-01804	MAISON MARIE FREDERIC	262 801 $	257 144 $
03-06070	MÈRES ET MONDE - CENTRE DE RESSOURCES POUR JEUNES MÈRES	16 588 $	3 880 $
03-01594	MOUVEMENT D'INFORMATION ET D'ENTRAIDE DANS LA LUTTE CONTRE LE S.I.D.A. (MIELS-QUEBEC) A QUEBEC	427 420 $	418 219 $
03-02834	OEUVRES DE LA MAISON DAUPHINE INC. (LES)	185 505 $	138 585 $
03-06139	ORGANISATION QUEBECOISE DES PERSONNES ATTEINTES DU CANCER (1984) INC.	69 900 $	67 267 $
03-06144	PAVOIS (LE) - PROGRAMME D'ACTIVITES VALORISANTES OFFRANT INTERACTION ET SOUTIEN	736 282 $	693 208 $
03-00671	PROJET-INTERVENTION-PROSTITUTION QUEBEC INC.	156 316 $	152 951 $

Numéro du dossier	NOM DE L'ORGANISME	Subvention accordée 2005-2006	Subvention accordée 2004-2005
Milieu de vie (suite)			
03-03068	REGROUPEMENT ACTION PREVENTION JEUNESSE DES LAURENTIDES (RAP JEUNESSE)	74 740 $	73 131 $
03-00210	RELAIS D'ESPERANCE	41 998 $	31 305 $
03-06158	RELAIS LA CHAUMINE INC.	237 068 $	224 959 $
03-06161	RESIDENCE LE PORTAIL	219 013 $	214 298 $
03-02418	RESSOURCES GENESIS CHARLEVOIX INC.	55 251 $	54 062 $
03-05187	SERVICE AMICAL BASSE-VILLE INC.	151 100 $	143 958 $
03-06169	SERVICE D'ENTRAIDE L'ESPOIR (QUEBEC)	77 680 $	76 008 $
03-06093	SOLIDARITE FAMILLES DUBERGER-LES SAULES	16 588 $	3 864 $
03-06068	TRAME D'ACTIONS ET D'INITIATIVES CONCERTÉES (T.R.A.I.C.) JEUNESSE	119 065 $	116 502 $
03-06004	TRIP JEUNESSE BEAUPORT	49 868 $	47 692 $
03-01536	UNITE DOMREMY DE CLERMONT INC.	38 808 $	34 059 $
03-00140	VIOL-SECOURS	227 994 $	223 086 $
03-00016	VISION D'ESPOIR DE SOBRIETE	72 013 $	70 463 $
	SOUS-TOTAL	**11 175 979 $**	**10 155 746 $**
Financement par objectifs			
03-05111	ACTION BENEVOLE DE ST-BASILE INC.	3 803 $	3 721 $
03-02022	AIDE A LA COMMUNAUTE ET SERVICES A DOMICILE	24 658 $	24 127 $
03-06019	ARCHE L'ETOILE INC. (L')	341 746 $	334 389 $
03-02561	ARCHIPEL D'ENTRAIDE (L')	66 973 $	65 531 $
03-06289	ASSOCIATION DES LARYNGECTOMISES DE QUEBEC INC.	6 224 $	6 090 $
03-06270	ASSOCIATION DES PERSONNES UTILISATRICES DE SERVICES DE SANTÉ MENTALE DE LA RÉGION DE QUÉBEC (03)	76 650 $	75 000 $
03-06288	ASSOCIATION DES SOURDS DE QUÉBEC INC.	10 158 $	9 939 $
03-06193	ASSOCIATION POUR LA DEFENSE DES DROITS SOCIAUX QUEBEC METROPOLITAIN (ADDSQM)	6 005 $	5 876 $
03-00146	ASSOCIATION Y.W.C.A. DE QUEBEC	137 165 $	134 212 $
03-06281	ATELIER DE LA MEZZANINE	131 967 $	129 126 $
03-01011	AUTISME QUÉBEC	170 546 $	150 589 $
03-06287	CALACS DE CHARLEVOIX	122 713 $	120 071 $
03-01904	CENTRE AUBERGE DES AINES DE ST-EMILE	6 269 $	6 134 $
03-00038	CENTRE D'ACTION BENEVOLE DE QUEBEC INC.	52 125 $	51 003 $
03-06305	CENTRE D'ASSISTANCE ET D'ACCOMPAGNEMENT AUX PLAINTES, RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE	161 512 $	158 035 $
03-06072	CENTRE DE CRISE DE QUEBEC	2 092 280 $	2 047 241 $
03-06211	LE GRAND CHEMIN INC.	362 285 $	354 486 $
03-06143	COMITE D'ACTION DES PERSONNES VIVANT DES SITUATONS DE HANDICAP (CAPVISH) (LE)	76 965 $	64 808 $
03-01971	CORPORATION CITE-JOIE INC. (LA)	68 504 $	67 029 $
03-06147	ÉCOUTE SECOURS	18 358 $	17 963 $
03-06228	EVASION ST-PIE X (L')	49 439 $	48 375 $
03-06276	FONDATION DE LA GREFFE DE MOELLE OSSEUSE DE L'EST DU QUÉBEC	6 121 $	5 820 $
03-06015	FONDATION FETE D'ENFANT DEDE INC.	17 393 $	17 019 $

Numéro du dossier	NOM DE L'ORGANISME	Subvention accordée 2005-2006	Subvention accordée 2004-2005
Financement par objectif (suite)			
03-06195	GROUPE DE RECHERCHE EN ANIMATION ET PLANIFICATION ECONOMIQUE (GRAPE)	19 489 $	19 069 $
03-06252	MAGNIFIQUE INC. (LE)	10 220 $	10 000 $
03-06203	MAISON DES JEUNES L'ENIGME DE BEAUPRE	31 210 $	26 442 $
03-05186	PATRO ROC-AMADOUR (1978) INC. (LE)	78 773 $	73 468 $
03-06315	PAVOIS DE LORETTEVILLE (LE)	53 757 $	52 600 $
03-06316	PAVOIS DE STE-FOY (LE)	53 757 $	52 600 $
03-06168	PETIT REPIT (LE)	30 858 $	30 194 $
03-03261	POINT DE REPERES (1990) INC.	310 180 $	303 503 $
03-01351	PREMIERS DE CORDEE (LES)	6 151 $	11 151 $
03-03258	PROGRAMME D'ENCADREMENT CLINIQUE ET D'HÉBERGEMENT, P.E.C.H.	967 058 $	946 241 $
03-06150	REGROUPEMENT DES GROUPES DE FEMMES DE LA REGION DE QUEBEC (03) PORTNEUF-QUEBEC-CHARLEVOIX	15 560 $	15 225 $
03-06022	REGROUPEMENT DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES DE LA REGION 03	199 458 $	195 164 $
03-06216	REGROUPEMENT DES ORGANISMES DE PERSONNES HANDICAPÉES DE LA RÉGION 03 (ROP 03)	14 071 $	13 768 $
03-06154	REGROUPEMENT DES RESSOURCES NON INSTITUTIONNELLES EN SANTE MENTALE REGION 03	60 659 $	59 353 $
03-06041	REGROUPEMENT POUR L'AIDE AUX ITINÉRANTS ET ITINÉRANTES DE QUÉBEC	46 738 $	45 732 $
03-05195	SERVICE D'ENTRAIDE BASSE-VILLE INC.	61 393 $	57 259 $
03-06164	SERVICE REGIONAL D'INTERPRETARIAT DE QUEBEC INC.	87 355 $	58 759 $
03-06173	SOCIETE ACTIONS-CHAMBREURS DE QUEBEC	177 291 $	173 475 $
03-06052	SOCIÉTÉ GRAND VILLAGE INC (LA)	8 176 $	0 $
03-06179	SOCIÉTÉ SAINT-VINCENT DE PAUL DE QUÉBEC (LA) / ROULOTTE LA MARGINALE	31 893 $	31 206 $
	SOUS-TOTAL	**6 273 906 $**	**6 071 793 $**
Total programme de soutien aux organismes communautaires		**29 736 393 $**	**27 262 587 $**

PLAN D'ACTION RÉGIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE

Numéro du dossier	NOM DE L'ORGANISME	Subvention accordée 2005-2006
Violence, abus et négligence envers les enfants et troubles de comportement des jeunes		
03-06004	TRIP JEUNESSE BEAUPORT	6 367 $
	SOUS-TOTAL	**6 367 $**
Violence faite aux femmes en milieu familial		
03-00045	MAISON DES FEMMES DE QUEBEC (LA)	16 092 $
03-02799	MAISON DU COEUR POUR FEMMES	8 482 $
03-00504	MAISON KINSMEN-MARIE-ROLLET	8 482 $
03-00715	MAISON LA MONTEE (LA)	8 482 $
03-00812	MAISON POUR FEMMES IMMIGRANTES	8 482 $
03-02513	MIREPI, MAISON D'HEBERGEMENT INC.	16 092 $
03-06283	TABLE DE CONCERTATION EN VIOLENCE DE CHARLEVOIX	7 610 $
	SOUS-TOTAL	**73 722 $**
Toxicomanie		
03-00016	VISION D'ESPOIR DE SOBRIETE	17 120 $
	SOUS-TOTAL	**17 120 $**
Santé mentale		
03-06030	ARC-EN-CIEL ORGANISME COMMUNAUTAIRE EN SANTÉ MENTALE	39 351 $
03-06076	CENTRE DE PREVENTION DU SUICIDE C.P.S.	16 050 $
03-06092	COMITE PREVENTION SUICIDE CHARLEVOIX	26 750 $
03-06230	FOLIE/CULTURE INC.	53 501 $
	SOUS-TOTAL	**135 652 $**
Obstacles à l'intégration sociale des personnes âgées		
03-05136	CARREFOUR DE L'AMITIE CHARLESBOURG	17 120 $
03-00637	ASSOCIATION BENEVOLE DE CHARLEVOIX	3 209 $
03-00205	CENTRE COMMUNAUTAIRE PRO-SANTE INC.	3 209 $
03-06124	CORPORATION DE DEVELOPPEMENT DE RESSOURCES HOLLAND	21 400 $
03-05189	ENTRAIDE DU FAUBOURG INC.	21 722 $
03-06206	FADOQ- REGIONS DE QUEBEC ET CHAUDIERE-APPALACHES	16 050 $
03-05193	FRATERNITE SAINTE-MARIE DE VILLE DE VANIER INC. (LA)	11 231 $
03-03101	SOCIETE ALZHEIMER DE QUEBEC (LA)	15 515 $
	SOUS-TOTAL	**109 456 $**
Lutte à la pauvreté		
03-00721	CARREFOUR F.M. PORTNEUF	11 234 $
03-00205	CENTRE COMMUNAUTAIRE PRO-SANTE INC.	12 759 $
03-01671	CENTRE DES FEMMES DE CHARLEVOIX	12 759 $
03-00609	CENTRE DES FEMMES DE LA BASSE-VILLE (LE)	32 575 $
03-01621	CENTRE FEMMES AUX 3 A DE QUEBEC INC.	26 026 $

Numéro du dossier	NOM DE L'ORGANISME	Subvention accordée 2005-2006
Lutte à la pauvreté (suite)		
03-00016	VISION D'ESPOIR DE SOBRIETE	12 759 $
03-06200	SERVICE D'AIDE A L'ADAPTATION DES IMMIGRANTS ET IMMIGRANTES (S.A.A.I.)	27 614 $
	SOUS-TOTAL	**135 726 $**
	Total	**478 043 $**
Autres sources de financement		
Activités en santé mentale		
03-06030	ARC-EN-CIEL ORGANISME COMMUNAUTAIRE EN SANTÉ MENTALE	57 232 $
03-02561	ARCHIPEL D'ENTRAIDE (L')	27 494 $
03-06272	ÉQUITRAVAIL	215 607 $
03-06109	EVEIL CHARLEVOISIEN (L')	14 663 $
03-06315	PAVOIS DE LORETTEVILLE (LE)	40 880 $
03-06316	PAVOIS DE STE-FOY (LE)	40 880 $
03-06242	SERVICES DE MAIN-D'ŒUVRE L'APPUI INC. (LES)	98 234 $
	SOUS-TOTAL	**494 990 $**
Autres montants récurrents		
03-01233	ASSOCIATION DES GRANDS BRULES F.L.A.M. (L')	100 000 $
03-01011	AUTISME QUÉBEC	90 922 $
03-06072	CENTRE DE CRISE DE QUEBEC	129 889 $
03-06124	CORPORATION DE DEVELOPPEMENT DE RESSOURCES HOLLAND	7 511 $
03-02972	MAISON DE LAUBERIVIERE, AIDE AUX ADULTES EN DIFFICULTE	120 969 $
03-03258	PROGRAMME D'ENCADREMENT CLINIQUE ET D'HÉBERGEMENT, P.E.C.H.	230 769 $
	SOUS-TOTAL	**680 060 $**
Programme d'aide aux joueurs pathologiques		
03-06196	CENTRE CASA (1997)	326 933 $
03-06267	CENTRE D'AIDE AUX JOUEURS COMPULSIFS	30 220 $
03-06211	LE GRAND CHEMIN INC.	35 557 $
03-01115	GROUPE ACTION-JEUNESSE DE CHARLEVOIX	24 350 $
03-02797	MAISON AU SEUIL DE L'HARMONIE	35 000 $
03-06080	PASSAGE, CENTRE DE THERAPIE FAMILIALE EN TOXICOMANIE (LE)	15 000 $
03-02418	RESSOURCES GENESIS CHARLEVOIX INC.	65 000 $
	SOUS-TOTAL	**532 060 $**
Programme d'aide aux personnes âgées en perte d'autonomie		
03-02811	CENTRE D'AIDE ET D'ACTION BÉNÉVOLE DE CHARLESBOURG	16 000 $
03-06147	ÉCOUTE SECOURS	25 000 $
03-06206	FADOQ- REGIONS DE QUEBEC ET CHAUDIERE-APPALACHES	25 000 $
03-06064	LE MIEUX-ETRE DES IMMIGRANTS	9 000 $
	SOUS-TOTAL	**75 000 $**

Numéro du dossier	NOM DE L'ORGANISME	Subvention accordée 2005-2006
Plan d'action régional concerté MTS/SIDA et ITSS		
03-01621	CENTRE FEMMES AUX 3 A DE QUEBEC INC.	40 000 $
03-01594	MOUVEMENT D'INFORMATION ET D'ENTRAIDE DANS LA LUTTE CONTRE LE S.I.D.A. (MIELS-QUEBEC) A QUEBEC	72 000 $
03-02834	OEUVRES DE LA MAISON DAUPHINE INC. (LES)	40 000 $
03-03261	POINT DE REPERES (1990)	80 000 $
03-00671	PROJET-INTERVENTION-PROSTITUTION QUEBEC INC.	40 000 $
03-02350	REGROUPEMENT DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH-SIDA DE QUEBEC ET DE LA REGION (RPVVIH)	15 000 $
	SOUS-TOTAL	287 000 $
Autres montants non récurrents		
03-06141	AMICALE ALFA DE QUEBEC	5 500 $
03-01233	ASSOCIATION DES GRANDS BRULES F.L.A.M. (L')	15 000 $
03-06116	ASSOCIATION DES LOCATAIRES DES APPARTEMENTS ST-PIE X (1992) INC.	3 864 $
03-06270	ASSOCIATION DES PERSONNES UTILISATRICES DE SERVICES DE SANTÉ MENTALE DE LA RÉGION DE QUÉBEC (03)	5 000 $
03-01011	AUTISME QUÉBEC	30 000 $
03-05191	BENEVOLAT ST-SACREMENT INC.	9 000 $
03-06196	CENTRE CASA (1997)	9 600 $
03-00038	CENTRE D'ACTION BENEVOLE DE QUEBEC INC.	5 000 $
03-06072	CENTRE DE CRISE DE QUEBEC	54 127 $
03-06076	CENTRE DE PREVENTION DU SUICIDE C.P.S.	30 000 $
03-06234	CENTRE D'ENTRAIDE EMOTIONS	5 000 $
03-03057	CENTRE RESIDENTIEL ET COMMUNAUTAIRE JACQUES-CARTIER (LE)	27 500 $
03-06240	CITADELLE DES JEUNES (LA)	2 756 $
03-00497	COLLECTIF D'ACCOMPAGNEMENT A L'ACCOUCHEMENT "LES ACCOMPAGNANTES" (LE)	10 000 $
03-05929	ENTRAIDE DES AINES DE SILLERY	10 000 $
03-05189	ENTRAIDE DU FAUBOURG INC.	10 000 $
03-06292	L'ANCRAGE DE L'ISLE-AUX-COUDRES	18 000 $
03-03154	MAISON D'AIDE VILLA ST-LEONARD	85 000 $
03-00502	MAISON DE JOB	85 000 $
03-00299	MAISON DES JEUNES LA PARENTHESE (LA)	1 000 $
03-06223	MAISON DES JEUNES L'ATOME	10 000 $
03-01999	MAISON DES JEUNES L'ESCAPADE DE VAL-BÉLAIR	10 000 $
03-01803	MOISSON QUEBEC INC.	5 000 $
03-06144	PAVOIS (LE) - PROGRAMME D'ACTIVITES VALORISANTES OFFRANT INTERACTION ET SOUTIEN	58 945 $
03-03261	POINT DE REPERES (1990)	2 200 $
03-05124	POPOTE ET MULTI-SERVICES	8 000 $
03-03258	PROGRAMME D'ENCADREMENT CLINIQUE ET D'HÉBERGEMENT, P.E.C.H.	10 000 $

Numéro du dossier	NOM DE L'ORGANISME	Subvention accordée 2005-2006
Autres montants non récurrents (suite)		
03-06150	REGROUPEMENT DES GROUPES DE FEMMES DE LA REGION DE QUEBEC (03) PORTNEUF-QUEBEC-CHARLEVOIX	15 000 $
03-06022	REGROUPEMENT DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES DE LA REGION 03	35 000 $
03-06063	RÉSIDENCE LA COLOMBIÈRE	65 000 $
	SOUS-TOTAL	640 492 $
Total autres sources de financement		2 709 602 $

Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale

Québec